

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina de Lisboa



**A dor em cuidados continuados – o caso dos utentes
institucionalizados com necessidades paliativas**

Tiago Miguel Domingos Beato

Orientador: Mestre Paulo Reis Pina

Coorientador: Professor Doutor António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de
Mestre em Cuidados Paliativos

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina de Lisboa



A dor em cuidados continuados – o caso dos utentes
institucionalizados com necessidades paliativas

Tiago Miguel Domingos Beato

Orientador: Mestre Paulo Reis Pina

Coorientador: Professor Doutor António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de
Mestre em Cuidados Paliativos

2016

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 24 de Maio de 2016

“Toda a gente é capaz de dominar uma dor, exceto quem a sente”

William Shakespeare

AGRADECIMENTOS

À família e amigos de sempre, pelo apoio incondicional

À Enfermeira Maria João Santos, pelo “empurrão” e incentivo

Ao Mestre Paulo Reis Pina, pela “luz” e orientação exemplar

À Enfermeira Susana Santos e ao Enfermeiro Pedro Ferreira, pela colaboração e
disponibilidade nas instituições de acolhimento

A toda a equipa de Enfermagem da Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto,
pares, parceiros e “berço” desta investigação

SIGLAS E ABREVIATURAS

AINES – Anti-inflamatórios não esteroides
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CP – Cuidados Paliativos
DA – Dor Aguda
DAC - Doença Aterosclerótica Cerebrovascular
DC – Dor Crónica
DCO – Dor Crónica Oncológica
DGS – Direção Geral de Saúde
DI – Dor Irruptiva
DN – Dor Nociceptiva
DNE – Dor Neuropática
DP – Desvio Padrão
EN – Escala Numérica
EQ – Escala Qualitativa
FT-TD – Fentanilo transdérmico
IASP - International Association for the Study of Pain
M3G – morfina- 3-glucoronidato
M6G – morfina-6-glucoronidato
NP – Necessidades Paliativas
OMS – Organização Mundial de Saúde
QDV – Qualidade De Vida
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SNC – Sistema Nervoso Central
TGI – Trato gastrointestinal
UCC – Unidade de Cuidados Continuados
UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

Introdução: A dor constitui um dos sintomas mais frequentes e com maior impacto na qualidade de vida dos doentes com doença avançada, incurável e progressiva. Em Portugal, os estudos no âmbito da dor são escassos, sendo que não existe nenhuma investigação sobre a prevalência e intensidade sentida pelos utentes com necessidades paliativas (NP), em contexto de internamento.

Metodologia: O estudo apresenta uma abordagem quantitativa, sendo de âmbito descritivo e correlacional. A amostra é de natureza não-probabilística, constituída por 58 utentes com NP, institucionalizados em três Unidades de Cuidados Continuados distintas. Os objetivos primordiais da investigação procuraram explorar a problemática da dor em doentes com patologias crónicas, progressivas e avançadas, no que diz respeito à sua prevalência (1), intensidade (2), comparação da prevalência entre utentes comunicantes e não comunicantes (3) e estudo da relação entre a intensidade da dor verificada e o diagnóstico dos utentes institucionalizados (4). A dor foi avaliada sempre em repouso e com recurso a escalas de autoavaliação (Numérica; Qualitativa) e de heteroavaliação (PAINAD-PT).

Resultados: Verificou-se que a dor esteve presente em vinte e três doentes (39,7%). Face ao total da amostra, catorze revelaram ter dor ligeira (24,1%), seis manifestaram dor moderada (10,3%) e três foram identificados com dor intensa (5,2%). Os valores da prevalência em não comunicantes duplicaram (52%), quando comparados com doentes com capacidade de autoavaliação da dor (26%). A dor atingiu mais de metade dos utentes com neoplasias (71%), sendo o grupo que apresentou a prevalência mais alta. Por outro lado, os doentes com insuficiência de órgão (22%) ou doença neurodegenerativa (20%) foram os que revelaram ter menos dor. Contudo, sempre que presente, foram os utentes com insuficiência de órgão que revelaram dor de maior intensidade.

Conclusão: Face a estudos internacionais de âmbito semelhante, verificou-se que a prevalência de dor em doentes com NP foi mais baixa. Todavia, os resultados face a doentes com limitações cognitivas indicam que o controlo algico nesta população carece de maior atenção por parte dos profissionais.

Palavras – Chave: Dor crónica; Cuidados Continuados; Necessidades Paliativas; Analgésicos; Opióides

ABSTRACT

Introduction: Pain remains one of the most common symptoms in patients with advanced, incurable and progressive disease, associated with severe impact on the quality of life. In Portugal, studies in the context of pain are scarce, since there is no research on the prevalence and intensity felt by institutionalized patients with palliative needs.

Methodology: The study presents a quantitative approach, being also descriptive and correlational. The sample is non-probabilistic, consisting of 58 patients with palliative needs institutionalized in three distinct Long Term Care facilities. The main objectives of this research sought to explore pain in residents with chronic, progressive and advanced disease, specifically in terms of prevalence (1), intensity (2), comparing the prevalence of communicating patients and patients with cognitive impairment (3) and study of the relationship between intensity of pain and verified diagnosis of the residents (4). Pain was always assessed using self-assessment scales (Numerical, Qualitative) and an observational one (PAINAD-PT).

Results: Pain was found in twenty-three patients (39.7%). Fourteen were found to have mild pain (24.1%), six showed moderate pain (10.3%) and three were identified with severe pain (5.2%). The prevalence in cognitively impaired patients doubled (52%) compared to patients with self-reporting pain ability (26%). Pain was referred by more than half of patients with cancer (71%), the group that had the highest prevalence. Moreover, patients with organ failure (22%), or neurodegenerative disease (20%) were shown to have less pain. However, while present, residents with organ failure showed higher pain intensity.

Conclusion: Compared with international studies of similar scope, it was found that the prevalence of pain in patients with palliative needs was lower. However, the results in patients with cognitive impairment indicate that the pain control in this population needs more attention from health care professionals.

Key - words: Chronic pain; Long Term Care; Palliative Needs; Analgesics; Opioids

ÍNDICE

Introdução.....	18
-----------------	----

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Dor.....	23
1.1 Definição.....	23
1.2 Classificação.....	24
1.2.1 Classificação Temporal.....	24
1.2.2 Classificação Fisiopatológica.....	25
1.3 Dor em Cuidados Paliativos	27
1.4 Avaliação da Dor.....	30
1.5 Abordagem Farmacológica da Dor.....	36
1.5.1 A Escada Analgésica da OMS.....	37
1.5.2 Fármacos Adjuvantes.....	40
1.5.3 Efeitos Indesejáveis.....	43
2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	46
2.1 Organização.....	46
2.2 Necessidades paliativas em Cuidados Continuados	49
2.3 Dor e Cuidados Continuados.....	50

CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3. Metodologia.....	55
3.1 Questões de Investigação e Objetivos.....	55
3.2 Classificação do estudo.....	56
3.3 Variáveis.....	56
3.4 População Alvo e Amostra.....	57
3.5 Colheita de dados.....	58
3.6 Instrumento de colheita de dados.....	59
3.7 Procedimentos Formais e Éticos.....	59

4. Resultados.....	61
4.1 Análise Descritiva.....	61
4.1.1 Variáveis Sociodemográficas.....	61
4.1.2 Variáveis Clínicas.....	62
4.1.3 Analgesia.....	65
4.2 Análise Correlacional.....	69
5. Discussão.....	75
6. Limitações.....	82
7. Conclusão.....	83
Bibliografia.....	85
Anexos.....	94
Anexo I – Autorização da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CHLN/FMUL/IMM).....	95
Anexo II – Autorização para recolha de dados do Diretor Clínico da Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto.....	97
Anexo III – Autorização para recolha de dados da Diretora Técnica da UCCI Unidade de Saúde da ABEI (Associação para o Bem Estar Infantil)	100
Anexo IV – Autorização para recolha de dados do Diretor Técnico da UCCI Sagrada Família.....	102
Anexo V – Taxonomia da Dor (IASP).....	104
Anexo VI – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).....	106
Anexo VII - Escala de Faces Revista (FPS-R).....	108
Anexo VIII – Escala DOLOPLUS	110
Anexo IX – <i>Abbey Pain Scale</i>	112
Anexo X – Instrumento de Colheita de Dados.....	114

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Dor Total.....	23
Figura 2 – Dor Nociceptiva e Dor Neuropática.....	26
Figura 3 - Escala Numérica da Dor.....	32
Figura 4 - Escala Qualitativa da Dor.....	32
Figura 5 – Escala Numérica / Qualitativa.....	32
Figura 6 - Escala Visual Analógica da Dor.....	32
Figura 7 – Escala de Faces Wong-Baker.....	33
Figura 8 – Escala PAINAD-PT.....	35
Figura 9 – Escada Analgésica da OMS.....	37
Figura 10 – Tipologia de serviços da RNCCI.....	47
Figura 11 – Trajetos funcionais da pessoa com doença crónica progressiva.....	49
Figura 12 - Modelo de Transição Progressiva.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por categoria (diagn.)	64
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por intensidade de dor.....	68
Gráfico 3 – Intensidade de dor por escala de avaliação.....	71
Gráfico 4 – Prevalência e intensidade de dor em comunicantes e não comunicantes..	71
Gráfico 5 – Intensidade de dor por Categoria (diagn.)	72

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação temporal da Dor.....	25
Quadro 2 – Fatores que afetam o limiar da dor.....	29
Quadro 3 – Adjuvantes analgésicos.....	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica da amostra	61
Tabela 2 – Distribuição da amostra por diagnóstico.....	62
Tabela 3 – Distribuição da amostra por diagnóstico e categoria	63
Tabela 4 – Distribuição da amostra por categoria (diagn.)	63
Tabela 5 – Distribuição da amostra por estágio FAST (Demência)	64

Tabela 6 – Prescrição de Analgesia (libertação prolongada)	65
Tabela 7 – Prescrição de Analgesia (PRN)	66
Tabela 8 – Prescrição de Adjuvantes.....	66
Tabela 9 – Distribuição da amostra por escala de dor utilizada.....	67
Tabela 10 – Distribuição da amostra por intensidade de dor.....	67
Tabela 11 – Intensidade de dor avaliada por escala numérica.....	68
Tabela 12 – Intensidade de dor avaliada por escala PAINAD-PT.....	68
Tabela 13 – Intensidade de dor avaliada por escala Qualitativa.....	69
Tabela 14 – Intensidade de dor por escala de avaliação	69
Tabela 15 – Intensidade de dor em comunicantes.....	70
Tabela 16 – Intensidade de dor em não comunicantes.....	70
Tabela 17 – Intensidade de dor por Categoria (diagn.)	72
Tabela 18 – Intensidade de Dor e Analgesia (Libertação prolongada)	73
Tabela 19 – Intensidade de Dor e Analgesia (PRN)	74

INTRODUÇÃO

As transformações sociodemográficas na população Portuguesa ao longo dos últimos anos apontam para a existência de uma população cada vez mais envelhecida e dependente. Em Portugal, conforme as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), é esperado um declínio populacional de 22% entre 2012 e 2060 (de 10,5 para 8,6 milhões de habitantes), o que se traduz num acentuado envelhecimento demográfico¹³³. Segundo dados do Observatório Nacional dos Cuidados Paliativos (2016), 82% das pessoas morrem depois dos 65 anos de idade, sendo que 40% destas morrem com 85 anos ou mais¹⁴⁹.

O Decreto de Lei nº 101/2006 estabelece a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), cujo objetivo fundamental é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. A RNCCI é assim concebida como uma resposta às novas necessidades de saúde e sociais, passível de satisfazer o incremento esperado da procura por partes de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida¹⁰⁷.

Mais tarde, assistimos em 2010 à publicação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, documento orientador da Direção Geral da Saúde (DGS) que define estratégias para dar resposta à crescente necessidade face a esta tipologia de cuidados. Neste documento, é explícito que o alívio do sofrimento constitui um direito dos utentes em Cuidados Paliativos (CP), sendo que o controlo dos sintomas – entre eles a dor – é encarado como um dos componentes essenciais dos mesmos¹³².

Em Portugal, a Dor é considerado o 5º Sinal Vital pela DGS desde 2003, através da publicação da Circular Normativa nº 9, que prevê a sua avaliação em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde⁵. Constitui um sintoma que acompanha, de forma transversal, a globalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, como são exemplo as doenças crónicas, avançadas, incuráveis e progressivas.

Na verdade, a dor demonstra ser um sintoma particularmente prevalente em doentes com patologias crónicas, progressivas e avançadas. Está presente em quase metade dos doentes oncológicos - ao longo das diferentes fases da doença - e chega a atingir entre 70-90% dos doentes em situação avançada/terminal^{24,25}. Não afeta apenas os doentes com cancro - existe evidência que a dor constitui um sintoma geralmente subtratado em doentes com patologia progressiva não oncológica, como por exemplo a demência avançada^{130,131}.

Considerando que o descontrolo de sintomas é apontado como uma das principais causas de sofrimento para os doentes paliativos, é inegável que o controlo da dor em CP se assume como uma intervenção multidisciplinar fundamental para a manutenção da qualidade de vida (QDV)³¹.

Em Portugal, os estudos no âmbito da dor são escassos. Em 2002, o Observatório Nacional de Saúde, realizou um estudo através de entrevista telefónica, tendo concluído que 74% dos entrevistados referiram ter algum tipo de dor nas últimas duas semanas anteriores ao telefonema. Uma das limitações deste estudo prendeu-se com o facto de não ter sido analisada a dor aguda (DA) pós-operatória e a dor crónica (DC), dois dos tipos de dor com maior relevância clínica. Mais recentemente, em 2010, Portugal participou numa iniciativa europeia chamada *Pain Proposal*, desenvolvida para avaliar o impacto da DC na Europa, na qual foi identificada uma prevalência de 36% em população com mais de 18 anos¹¹².

Todavia, num cômputo geral, não existem estudos em Portugal sobre a problemática da dor em doentes com NP.

Assim, está aberto o caminho para a presente investigação, que se revela como uma oportunidade que pretende explorar a temática da dor em doentes com patologias crónicas, progressivas e avançadas, mais concretamente nos utentes institucionalizados em Unidades de Cuidados Continuados (UCC).

O trabalho apresenta-se dividido em duas partes: a primeira, de carácter bibliográfico e na qual se enquadra e desenvolve a problemática em estudo (enquadramento teórico); A segunda, diz respeito à descrição dos aspetos metodológicos do estudo,

apresentação de resultados, discussão dos mesmos e apresentação das considerações finais.

O presente trabalho é uma dissertação de mestrado, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DOR

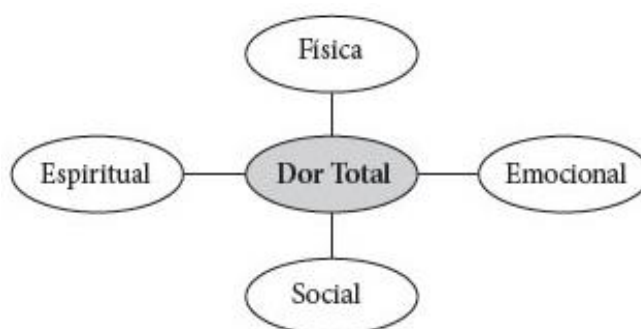
1.1 Definição

Em 1979 a *International Association for the Study of Pain (IASP)* define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrito em termos de tal dano¹. É reconhecida como um fenómeno complexo, multidimensional e com uma forte carga subjetiva. Tal como afirma Twycross, “dor é aquilo que o doente referir como tal”².

Trata-se de um sintoma com elevado impacto na QDV, capaz de produzir alterações ao nível do padrão de sono, humor e capacidade de desfrutar de prazer, estando assim impreterivelmente ligado ao aumento do sofrimento³.

Importa, assim, pensar na experiência dolorosa como *dor total*, conceito introduzido por Cicely Saunders e que afirma que a dor ultrapassa a dimensão física, englobando também os aspetos psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento⁴. Assume-se então que a dor é uma experiência personalizada, específica, única em cada momento de vida da pessoa⁴.

Figura 1 - Dor Total¹⁵⁰



É inegável que constitui um sintoma que acompanha, de forma transversal, a globalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Em Portugal, é considerado o 5º Sinal Vital pela DGS desde 2003, através da publicação da Circular Normativa nº 9, que prevê a sua avaliação em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde⁵.

1.2 Classificação

A dor - tal como referido anteriormente na definição da IASP - pode estar associada a uma lesão tecidual e a variáveis cognitivas ou emocionais, onde a dor é independente do dano tecidual¹. Assim, a sua classificação pode ser feita de diversas formas: por exemplo, em função da duração (temporalidade) ou dos mecanismos patológicos inerentes (fisiopatologia).

1.2.1 Classificação Temporal

Como ponto de partida, começar-se-á por diferenciar DA e DC.

A DA tem uma duração breve, sendo desencadeada por um estímulo nociceptivo – químico, mecânico ou térmico – e tendo uma relação causa-efeito bem determinada^{6,7}. Tem função de alerta e defesa orgânica, sendo que habitualmente os sintomas psicológicos são escassos e limitados a uma ansiedade leve^{6,7}. Segundo a IASP, a DA é de “início recente e provável duração limitada, existindo normalmente uma definição causal e/ou temporal”⁸.

A DC não possui uma função protetora e, mais que um sintoma, pode ser considerada com uma doença⁷. A IASP definiu DC como uma “dor que persiste após o tempo necessário para a cura de uma lesão, permanecendo por três meses ou mais”⁹. Mais importante que a sua duração é o impacto na QDV dos doentes, associando-se a alterações significativas da personalidade, estilo de vida e capacidade funcional, como perturbações do sono, redução do apetite, diminuição da capacidade de concentração e irritabilidade¹⁰. Pode persistir para além da lesão que a originou, podendo assim classificar-se de inútil devido à ausência de função protetora. É adversa, destrutiva e perniciosa para o indivíduo¹⁰. É referida por Wall e Melzack¹¹ como “um problema médico que, por si só, necessita de atenção e tratamento específico”, sendo acompanhado de alterações psicológicas de gravidade diversa e que requer cuidados continuados com uma abordagem multidisciplinar¹².

O quadro seguinte resume os principais aspetos face à classificação temporal da dor:

Quadro 1 – Classificação temporal da dor

	Aguda	Crónica
Início	Bem definido	Mal definido
Duração	Horas – dias – semanas	Meses (>3) - Anos
Fisiologia	Ativação do S.N. Simpático	Sem ativação do S.N. Simpático
Comportamento	Típico: obviamente com dor	Não típico: sem dor óbvia Alterações da personalidade, do estilo de vida e da capacidade funcional: perturbação do sono, redução do apetite, irritabilidade
Afetivo	Ansiedade	Depressão

Gonçalves, JF. Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. 2.ed. Lisboa. Coisas de ler. 2011 p.20

É ainda pertinente mencionar a Dor Irruptiva (DI) e a dor incidental, como complemento à classificação temporal apresentada.

A DI é um tipo de dor episódica que representa um aumento transitório na intensidade da dor¹³. Só é assim denominada quando ocorre num indivíduo que possua uma dor basal de intensidade moderada e que esteja já sob terapêutica analgésica regular¹⁴. Acontece sem que os fatores causais possam ser identificados, ou seja “irrompe” sem ser expectável¹³. Estima-se que a DI afete até 75% dos doentes com cancro¹⁵⁻¹⁷.

Pelo contrário, a dor incidental é um subtipo de dor episódica em que o indivíduo percebe e pode antecipar as causas de dor¹³. Os fatores causais são identificados – ao contrário da DI – podendo assim ocorrer quando o indivíduo se mobiliza no leito, deambula, tosse, evacua, micta, inspira profundamente, etc¹³. Na dor episódica incidental o doente pode antecipar a medicação antes de executar as atividades causadoras de dor, enquanto que na DI a previsão não existe, tornado o seu controlo e tratamento mais complexos¹³.

1.2.2 Classificação Fisiopatológica

Face à classificação fisiopatológica da dor podemos afirmar que existem três categorias principais, de acordo com os mecanismos inerentes envolvidos na produção da mesma: Dor Nociceptiva (DN), Dor Neuropática (DNE) e Dor Psicossomática⁴³.

O termo DN aplica-se à dor associada a dano tecidular, produzida por estimulação direta dos recetores nociceptivos¹⁰. O dano pode ter origem somática (recetores da pele, músculo e osso), sendo que a dor é geralmente bem localizada ou origem visceral (compressão, infiltração ou distensão de vísceras torácicas ou abdominais), em que a dor é habitualmente referida pelos doentes com uma localizada pouco específica¹⁸. A DN é descrita como latejante, moinha ou rigidez sendo que as estruturas nervosas envolvidas não apresentam alterações, mantendo-se intactas^{18,19}.

DNE é definida atualmente pela IASP como uma “dor causada por uma lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial”²⁰. É particularmente problemática pela etiologia heterogénea, cronicidade e resistência às terapias convencionais^{8,21}. A DNE deverá ser classificada em central ou periférica, consoante a localização da lesão/disfunção que induz a dor, uma vez que apresentam manifestações clínicas distintas^{20,22}. É referida pelos doentes como queimadura, formigueiro, dormência, picadas e/ou choques elétricos¹⁸. Podemos afirmar que existe um *deficit* na modulação da dor, sendo que a sua intensidade não é diretamente proporcional ao estímulo, ao contrário do que acontece na DN²³.

A DNE é vulgarmente acompanhada por alterações da sensibilidade, podendo estar associada a hiperalgesia – resposta exagerada a um estímulo habitualmente doloroso – e alodinia – dor desencadeada por um estímulo que habitualmente não provoca essa sensação¹⁸.

A figura seguinte resume os principais aspetos face à diferenciação entre DN e DNE:

Figura 2 – Dor Nociceptiva e Dor Neuropática

Dor			
Nociceptiva		Neuropática	
Somática	Visceral	Periférica	Central
Ex: Pele Músculo Osso Tecidos moles	Ex: Sistema Gastrointestinal Coração	Lesão/Disfunção Sistema Nervoso Periférico	Lesão/Disfunção Sistema Nervoso Central

Adaptado de: Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Oxford Handbook of Palliative Medicine. 2nd.ed. Oxford U. Press. 2009. p.226-227

A dor psicossomática, geralmente surge em doentes ansiosos que vivenciam uma situação de *stress* ou outro distúrbio psíquico (exemplo: alucinações). Habitualmente nestas situações verifica-se uma resposta exagerada a estímulos. Este tipo de dor, segundo Hagen (2009), acontece muito raramente em doentes oncológicos⁴³.

1.3 Dor em Cuidados Paliativos

Após serem clarificados os principais aspetos face à definição e classificação da dor, importa agora refletir sobre a sua pertinência e prevalência nos utentes com NP.

A dor representa uma complicação frequente e com elevado impacto na QDV dos doentes com cancro. Está presente em quase metade dos doentes oncológicos - ao longo das diferentes fases da doença - e chega a atingir entre 70-90% dos doentes em situação avançada/terminal^{24,25}. Este subtipo de dor, associada ao cancro, pode ser denominado como DC Maligna ou DC Oncológica (DCO). Embora a DC mais frequente seja a DN, somática, é factual que na doença oncológica podem coexistir diversos tipos de dor. Assim, quando surge associação entre DN e DNE – por invasão tumoral direta e/ou metástases - falamos de dor mista²⁶. Sabemos também que 80% da DCO é de causa tumoral e 20% decorrente de tratamentos instituídos, sendo que a causa mais frequente de dor associada ao cancro é a metastização óssea – particularmente incidente em doentes com carcinoma do pulmão, carcinoma da mama e carcinoma da próstata^{27,28}.

Todavia, é pertinente referir que a gestão da dor em utentes com NP não se restringe somente à DCO. Por exemplo, sabemos que as patologias definidas por lesão ao nível do sistema nervoso central (SNC) possuem uma forte associação a DNE, sendo que as condições clínicas mais comuns de etiologia não oncológica são o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença de Parkinson, esclerose múltipla, mielopatia associada a HIV e traumatismo da medula espinhal^{29,30}.

Considerando que o descontrolo de sintomas é apontado como uma das principais causas de sofrimento para os doentes paliativos, é inegável que o controlo da dor em

CP se assume como uma intervenção multidisciplinar fundamental para a manutenção da QDV³¹.

Relembre-se que o controlo sintomático constitui mesmo um dos componentes essenciais dos CP (Programa Nacional de CP, 2010)¹³².

É igualmente pertinente referir a relação entre a dor e o conceito de dignidade, estabelecida por Chochinov (2002). Após a publicação do seu estudo, baseado na realização de entrevistas semiestruturadas a 50 doentes oncológicos paliativos, identificou que o medo dos sintomas físicos – entre eles a dor – pertence às preocupações relacionadas com a doença que são mais referidas pelos utentes³². Julião (2014) afirma mesmo que “é esperada uma relação inversa entre sofrimento físico e a dignidade, principalmente se o controlo sintomático for tardio e insuficiente”³⁴.

Para além da dignidade, a dor parece ter também uma relação com o conceito de esperança. Twycross afirma que, nos pacientes que se encontram perto da morte, o alívio da dor e do mal-estar está impreterivelmente associado a um aumento da esperança². Por outro lado, existe evidência que a manutenção da esperança é um processo importante no *coping* à dor, de acordo com estudos feitos em doentes idosos institucionalizados em *Hospices*³⁵.

Face à relação intrínseca com problemas de natureza psicossocial, parece existir evidência científica particularmente ao nível da ansiedade e depressão.

Medo de dor incontrolável é um dos conteúdos predominantes da ansiedade, em doentes com patologias crónicas, progressivas e avançadas³⁶. Importa referir o estudo de Castro *et al.* (2009) que, ao estudar uma amostra de 400 doentes seguidos numa consulta de DC, identificou a presença de transtornos de ansiedade em 270 dos mesmos, sendo a fobia social o transtorno mais frequente (observado em 146 doentes)³⁷. Esta investigação conclui também que 29,9% dos doentes acompanhados manifestaram sofrer de dor intensa e 42% de depressão³⁷.

Pimenta *et al.* (2000) constataram a associação entre dor e estado depressivo, bem como a correlação positiva entre o *score* da depressão e a intensidade da dor. A

investigação consistiu na divisão de doentes com doença oncológica em dois grupos, com e sem dor. Nos doentes com dor foi identificado um valor de 66,7% de depressão contra 28,6% nos doentes sem dor³⁸. Para os autores, doentes com dor e deprimidos apresentam com maior frequência comportamentos negativos em relação à sua vida diária, daí que dor e depressão frequentemente coexistem e se agravam mutuamente³⁸.

Num artigo mais recente, Laird *et al.* (2009) dão destaque à prevalência da dor e da depressão em doentes com cancro. Encontraram uma média de co-existência de depressão e dor de 36,5%³⁹.

Poole *et al.* (2009) também obtiveram dados consistentes face à relação entre depressão e DC. No seu estudo encontraram 26 doentes que estavam deprimidos, correspondendo a 72% da amostra, sendo que 25 dos mesmos mencionaram a depressão como uma consequência da presença de dor⁴⁰.

Quadro 2 – Fatores que afetam o limiar da dor

Diminuição do limiar	Aumento do limiar
Desconforto	Alívio de outros sintomas
Insónia	Sono
Fadiga	Compreensão
Ansiedade	Companheirismo
Medo	Atividades Recreativas
Cólera	Relaxamento
Tristeza	Redução da ansiedade
Depressão	Elevação do humor
Aborrecimento	Analgésicos
Isolamento mental	Ansiolíticos
Abandono social	Antidepressivos

Twycross R. Cuidados Paliativos. Lisboa. Climepsi editores. 2001. p.80

Por último, importa mencionar alguns dados sobre a prevalência da dor nas últimas semanas de vida, destacando dois trabalhos nesta área.

A investigação recente de Seow *et al.* (2011) acompanhou a oscilação de diversos sintomas ao longo dos últimos seis meses de vida, em doentes com cancro terminal. A

dor foi referida como o quarto sintoma mais prevalente, ultrapassado pela astenia, anorexia e sonolência (particularmente, nas últimas 7 semanas de vida)⁴¹.

Face aos últimos três dias de vida, o estudo de Nauck *et al.* (2000) demonstrou prevalência de dor em 26% da amostra, sendo que sintomas como inquietação-agitação (43%), estertor (45%) e confusão-sonolência (55%) foram observados com maior frequência⁴².

1.4 Avaliação da Dor

Considerando a elevada complexidade da dor é importante referir que a sua avaliação deverá incluir não apenas os aspetos sensoriais inerentes – localização, intensidade, duração, etc. – como também as implicações psicológicas, sociais e até culturais associadas à patologia dolorosa⁴⁴.

Importa, assim, ter presente os objetivos de avaliação da dor, definidos por Scopel *et al.* (2007) citando Pimenta (1999)⁴⁵ :

- Estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o síndrome doloroso, o que significa perceber as suas causas e os aspetos que podem interferir na vivência da dor;
- Identificar as consequências ou limitações do quadro álgico na pessoa, essencialmente nas suas atividades de vida diária;
- Nortear a escolha das intervenções analgésicas, com base nas características da dor identificadas;
- Verificar o resultado das intervenções desenvolvidas para melhorar o quadro álgico, através de reavaliações subsequentes.

A Ordem dos Enfermeiros, por sua vez, definiu no documento “Dor – Guia Orientador de Boa Prática “ (2008) catorze princípios de avaliação e controlo da dor⁴⁶ :

1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;
2. A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica;
3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;

4. A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida;
5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;
6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
8. Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor;
9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família;
10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida;
11. Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
12. Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;
13. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor;
14. Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.

É fundamental reiterar a importância da utilização de instrumentos de avaliação da dor enquanto premissa fundamental para uma adequada caracterização da mesma. A intensidade da dor poderá ser avaliada com base em escalas de autoavaliação – o utente classifica a sua dor – ou baseada em escalas de heteroavaliação – também chamadas de comportamentais, onde é o profissional a obter um resultado com base na observação do comportamento do utente. A autoavaliação é sempre privilegiada, todavia os instrumentos comportamentais adquirem particular relevância em situações em que não é possível a aplicação dos primeiros. Relembre-se que o esquecimento das populações especiais, nomeadamente dos doentes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal é apontado como uma das barreiras a uma adequada avaliação da dor⁴⁴.

A Circular Normativa nº 9 (2003) da DGS estabelece como norma de boa prática o registo da intensidade da dor em todos os serviços de saúde, através da utilização de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente:

Figura 3 - Escala Numérica da Dor⁵

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor										Dor Máxima

A escala de avaliação numérica avalia todos os tipos de dor, devendo ser utilizada para população com idade igual ou superior a 6 anos (implica a noção de grandeza numérica). É sensível ao efeito de memória e pode ser usada sem instrumento físico.

Figura 4 - Escala Qualitativa da Dor⁵

Sem dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Destinada a todos os tipos de dor, é aconselhada a sua utilização em população com idade igual ou superior a 4 anos. É também sensível ao efeito de memória, todavia não existe consenso entre os adjetivos a usar, o que acrescenta uma limitação ao seu uso⁴⁴.

Figura 5 – Escala Numérica/Qualitativa⁵

Sem dor	Dor Ligeira		Dor Moderada			Dor Intensa			Dor Máxima	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

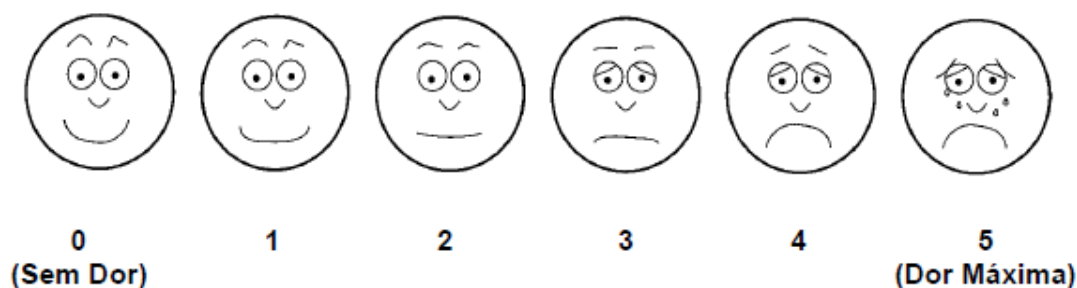
Escala híbrida que funde as características das escalas supracitadas e é de fácil perceção e aplicabilidade pelo utente e equipa interdisciplinar⁴⁴.

Figura 6 - Escala Visual Analógica da Dor⁵

Sem dor _____ Dor máxima

Destina-se a população com idade igual ou superior a 6 anos e avalia todos os tipos de dor. É sugerido ao utente que desenhe uma cruz ou um traço perpendicular à linha, no ponto que represente a intensidade da sua dor. A linha deve compreender 10 centímetros, facilitando assim a sua correspondência com um valor numérico através da medição até ao local da cruz. Apresenta a vantagem de não sugerir a pessoa, sendo bastante fidedigna⁴⁴.

Figura 7 – Escala de Faces Wong-Baker⁵



A escala de faces é particularmente pertinente para crianças com idade superior a 3 anos ou em adultos que sejam incapazes de avaliarem a sua dor através de outra escala de autoavaliação. Pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que sensorial da dor. Deve registar-se o número equivalente à face selecionada pelo utente. A escala de Wong-Baker possui já uma revisão recomendada pela IASP que apresenta uma mímica menos infantilizada face à escala original. Pela mesma razão, pode facilitar a obtenção de uma classificação mais aproximada da intensidade real da dor, particularmente nos adultos (Escala de Faces Revista, anexo VII)⁴⁴.

Face à utilização de instrumentos de heteroavaliação da dor, será dado destaque aos que se encontram validados para a população portuguesa. Neste sentido assumem particular importância as escala DOLOPLUS-2, a *Abbey Pain Scale* e a PAINAD-PT.

A escala DOLOPLUS-2 avalia a progressão da DC no idoso, sendo utilizada para população com idade igual ou superior a 65 anos com alterações cognitivas e défices de comunicação. Engloba um total de 10 itens a avaliar, agrupados em três categorias: repercussão somática, repercussão psicomotora e repercussão psicossocial. Cada item é pontuado entre 0 e 3, mediante o comportamento observado indicativo de dor, sendo que *score* total pode ser compreendido entre 0 e 30. Considera-se que o idoso poderá ter dor a partir do *score* 5, todavia a pontuação obtida no parâmetro repercussão somática é a mais sugestiva sobre a presença de dor⁴⁴. Validada para a população portuguesa desde 2006 por Hirondina Guarda, é considerada complicada de aplicar de forma rotineira na prática de cuidados por Zwakhlen *et al.* (2006) e Chatelle *et al.* (2008)⁴⁷.

A *Abbey Pain Scale* é constituída por 6 itens de avaliação, que correspondem a indicadores não-verbais de presença de dor: vocalização, expressão facial, alteração da linguagem corporal, alteração comportamental, alteração fisiológica e alterações físicas. Em cada item é atribuída uma pontuação de acordo com as opções: “ausente=0”, “ligeiro=1”, “moderado=2” e “severo=3”. O somatório dos 6 itens traduz-se no *score* total compreendido 0 e 18, sendo que a sua correspondência em termos de dor é a seguinte: 0 a 2 - sem dor; 3 a 7 - dor ligeira; 8 a 13 - dor moderada; 14 a 18 - dor severa⁴⁸. Encontra-se validada para a população portuguesa desde 2013 por Alexandra Rodrigues. De acordo com o estudo de Iersel, Timmerman e Mullie (2006), demonstra ser uma das escalas comportamentais mais fiáveis para aplicar a doentes paliativos com alterações cognitivas, a par com a PAINAD⁴⁹.

A PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia* - é uma escala de heteroavaliação destinada a todos os tipos de dor, projetada para a utilização em pessoas com demência, essencialmente idosos não comunicantes⁴⁴. Constituída por cinco categorias de avaliação da dor, cada uma das mesmas engloba três itens que poderão ser pontuados de 0 a 2, perfazendo um *score* total compreendido entre 0 e 10. A sua correspondência em termos de dor é: 1 a 3 - dor ligeira; 4 a 6 - dor moderada; 7 a 10 - dor severa. Apresenta a vantagem de ser fiável e de aplicação rápida, demorando entre 1 e 3 minutos com treino anterior⁴⁴. Permite igualmente avaliar a dor em repouso e durante os cuidados sem necessidade de conhecer as manifestações habituais da pessoa, sendo considerada fácil de compreender e utilização após uma curta formação de duas horas^{50,51}. A PAINAD não deve ser utilizada como primeira opção em doentes não comunicantes verbais com menos de 65 anos, que tenham como principal diagnóstico alterações da função respiratória, patologia neurológica (para ou tetraplegia), estejam sob ventilação mecânica ou sob efeito de medicação sedante ou curarizante⁴⁷.

Figura 8 – Escala PAINAD-PT⁴⁷

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stokes</i> .	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão Facial	Sorridente ou inexpressiva	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas	1
	Esgar facial	2
Linguagem Corporal	Relaxada	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

A escala já foi traduzida e testada em vários países (Singapura, Bélgica, Itália, Países Baixos, Alemanha e Estados Unidos), o que comprova o interesse crescente pela sua utilização. Está validada em Portugal desde 2012⁴⁷.

Face às escalas de heteroavaliação apresentadas, não é clara a utilização sistemática de nenhuma das mesmas para utentes não comunicantes com NP, em Portugal. Todavia, a PAINAD-PT assume-se como uma das escalas comportamentais mais fiáveis para aplicar a doentes paliativos com alterações cognitivas⁴⁹. Apresenta um número limitado de itens e é de rápida aplicação, o que se traduz em maior relevância clínica⁴⁹. Assim, será dado destaque à escala supracitada enquanto ferramenta de heteroavaliação na pessoa não comunicante, no âmbito da presente investigação.

1.5 Abordagem Farmacológica da Dor

Os princípios gerais do controle da dor foram sumarizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através de uma metodologia eficaz que permite aliviar este sintoma em mais de 80% dos casos⁵². Este método pode ser sistematizado em cinco princípios:

- Analgesia “pela boca”
- Analgesia “pelo relógio”
- Analgesia “pela escada”
- Analgesia “para o indivíduo”
- “Atenção aos detalhes”

A via oral é a via preferencial para a administração de medicação analgésica, sempre que possível. É a via mais simples, potenciando assim a autonomia e o empoderamento do utente na medida em que pode controlar a ingestão de fármacos e participar no controlo da sua situação. É uma via segura, conveniente e de baixo custo que permite manter o utente independente no domicílio^{53,54}.

É igualmente importante que a medicação analgésica seja administrada em intervalos fixos de tempo. Tal facto assegura que a próxima dose de fármaco seja fornecida antes que o efeito da anterior termine, possibilitando um alívio da dor mais consistente e evitando sofrimento desnecessário para o utente⁵⁵.

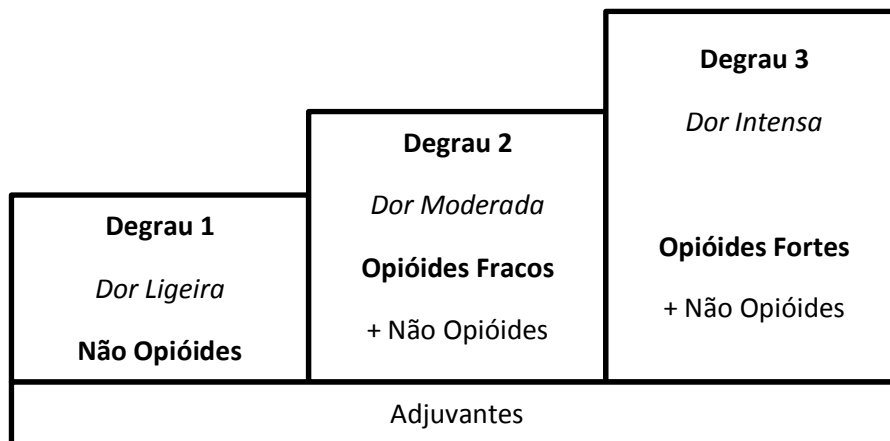
A escada analgésica da OMS foi concebida para guiar o uso sequencial de fármacos no tratamento da dor e é constituída por três “degraus”, oferecendo um algoritmo para o tratamento da dor ligeira, moderada ou intensa / insuportável, descrito mais adiante.

A personalização do esquema terapêutico é também fundamental, na medida em que as necessidades individuais de analgesia variam enormemente entre diferentes pessoas. A dosagem e escolha do analgésico devem ser definidas mediante a caracterização da dor do utente, prespetivando a “dose ideal” para cada fármaco – aquela que alivia a dor sem efeitos colaterais intoleráveis⁵⁵.

Por último, é recomendado uma adequada atenção aos detalhes. Uma exploração acerca da “Dor Total” do utente, dos seus medos, angústias, conhecimentos e limitações pode oferecer informações úteis para a equipa multidisciplinar. A inclusão dos cuidadores é fundamental, bem como a adequada educação sobre o nome dos fármacos, dosagem, intervalo entre tomas e efeitos colaterais previsíveis⁵⁵.

1.5.1 A Escada Analgésica da OMS

Figura 9 – Escada Analgésica da OMS⁵²



A Escada Analgésica da OMS foi primariamente concebida em 1986 para o tratamento da DCO. É constituída por três degraus, cada um deles englobando um conjunto de fármacos que deverão ser utilizados sequencialmente para o tratamento da dor. O primeiro degrau (dor ligeira) engloba os fármacos não opióides, enquanto que os degraus dois (dor moderada) e três (dor intensa) preconizam o uso de fármacos opióides de diferentes características. Esta orientação da OMS concebe uma abordagem de tratamento alicerçada na analgesia multimodal, através da combinação de fármacos de diferentes degraus e com a presença de adjuvantes e fármacos de resgate – medicamentos de libertação rápida para controlar episódios de aumento de dor⁵⁵. Assim, assume-se como uma orientação estruturada, embora flexível¹⁸.

O primeiro degrau inclui fármacos como o Paracetamol e os anti-inflamatórios não esteroides (AINES). Todas estas substâncias possuem uma dose teto que não deve ser ultrapassada, sob risco de causar efeitos colaterais significativos como insuficiência renal, hepática ou, no caso dos AINES, perturbações gastrointestinais³. Note-se que a incidência de complicações gastroduodenais é menor com a utilização de AINES inibidores seletivos da COX-2 - etoricoxib, celecoxib ou parecoxib – quando comparados com os AINES mais antigos, não seletivos⁵⁶. Se a dor não é ligeira e/ou está a ter um impacto significativo na capacidade funcional, o degrau 2 ou 3 deve ser considerado.

No segundo degrau destacam-se os opióides fracos. Estão descritas três categorias principais de recetores opióides: mu (μ), kappa (κ) e delta (δ), sendo que é mediante a afinidade destes fármacos para os seus recetores que permite a sua classificação em opióides agonistas, agonistas-antagonistas ou agonistas parciais⁵⁷. A ativação dos recetores opióides presentes no SNC produz analgesia, bem como um conjunto de efeitos colaterais como a obstipação ou xerostomia, descritos sucintamente mais adiante.

Exemplos de opióides fracos são a codeína e o tramadol.

A codeína possui uma baixa afinidade com os recetores μ . Hoje sabe-se que uma pequena fração deste fármaco (cerca de 10%) é bioconvertida em morfina através de metabolização hepática, considerando-se este o principal mecanismo responsável pelo efeito analgésico. O tramadol é simultaneamente um agonista fraco dos recetores μ e um inibidor da recaptção da serotonina e noradrenalina, reforçando os efeitos inibidores sobre a transmissão da dor na medula espinhal⁵⁸. Note-se que os analgésicos do degrau 2 estão limitados por doses teto, ao contrário dos opióides mais fortes no degrau 3³.

Os opióides fortes são utilizados para o controlo da dor moderada a intensa e representam uma opção segura para os utentes que não respondam ou respondam de forma insuficiente a doses máximas de tratamento no degrau 2³. Uma variedade de fármacos desta natureza está disponível em Portugal: morfina, buprenorfina, hidromorfona, oxicodona, fentanilo e tapentadol⁵⁹.

A morfina é considerada o fármaco padrão internacional - “*golden standard*” - no tratamento de dor moderada a intensa⁵⁹. É considerada uma substância essencial pela OMS uma vez que: possui ampla disponibilidade internacional; tem custo económico baixo; possui uma variedade de apresentações e formas farmacêuticas que possibilitam uma titulação correta; está associada a uma vasta experiência clínica na DCO e não oncológica; o conhecimento científico sobre a sua farmacocinética e farmacodinâmica é vasto e validado por inúmeros resultados testados⁶⁰. A morfina é metabolizada no fígado (>90%) em três metabolitos: morfina-3-glucoronidato (M3G), morfina-6-glucoronidato (M6G) e normorfina. O M6G é o maior contribuinte para o efeito analgésico da morfina, tendo grande afinidade para os recetores μ e

proporcionando analgesia superior ao composto da morfina parental³. O M3G é analgesicamente inativo e a normorfina é considerado um metabolito neurotóxico⁵⁹. No mercado português estão disponíveis comprimidos de sulfato de morfina de libertação prolongada (MST®) e de libertação rápida (Sevredol®), bem como solução oral (Oramorph®) e ampolas de diferentes dosagens para administração IV, SC e intratecal⁵⁹.

A buprenorfina é um agonista parcial dos recetores μ , bem como um antagonista dos recetores κ . Pode ter um perfil de maior segurança em comparação com outros agonistas totais (morfina, metadona) no que diz respeito à depressão respiratória, estando também associada a menos sinais e sintomas de privação de opióides após a suspensão do fármaco, face à ação nos recetores κ . Está disponível sob a forma de emplastos transdérmicos (Transtec®) de libertação prolongada, existindo vários estudos que sustentam a sua utilização no tratamento da dor moderada a intensa^{59,61}.

A hidromorfona é um derivado semissintético da morfina, que surge como alternativa apropriada para os utentes que não toleram os efeitos adversos da mesma⁶⁰. É um forte agonista μ e tem fraca afinidade para os recetores κ . É aproximadamente cinco a sete vezes mais potente que a morfina, sendo útil em DCO ou não oncológica^{53,62}. Existem formulações no mercado português que possibilitam a administração oral deste fármaco e a sua libertação de modo prolongado, ao longo de 24 horas⁶³.

Oxicodona é um opióide sintético com potência aproximada de 1.5 a 3 vezes mais que a morfina⁶⁴. As suas propriedades são semelhantes e, como tal, admite-se que o seu efeito analgésico advém da relação agonista pura com os recetores μ ³.

O fentanilo surge como um opióide agonista μ altamente lipofílico, o que permite a formulação na sua forma transdérmica (FT-TD). A utilização de FT-TD é bastante recomendada por vários estudos de investigação, sendo em maior quantidade na DCO⁵⁹. O FT-TD permite uma analgesia eficaz, sendo bem tolerado e apresentando uma baixa incidência de obstipação, sonolência ou náuseas⁶⁵. É destinado para doentes com requisitos estáveis da sua dose diária de opióides, considerando que o fármaco é libertado a uma velocidade relativamente constante para a circulação sistémica⁶⁶. Após a aplicação de FT-TD é formado um depósito na pele e tecido subcutâneo, que permitirá um aumento das concentrações séricas gradual até às 12-24 horas. A concentração plasmática máxima pode chegar às 48 horas^{67,68}.

O tapentadol é um analgésico de ação central com dois mecanismos de atuação: agonismo dos recetores μ e inibição da recaptação de noradrenalina, possuindo um poder analgésico 2-3 vezes inferior ao da morfina⁶⁹. Pelo seu mecanismo dual, é particularmente apropriado para situações clínicas de DNE, seja de etiologia principal ou mista (nociceptiva e neuropática)⁷⁰. Uma formulação de libertação prolongada está disponível no mercado português, sendo comercializados comprimidos com dosagem entre 50 e 250mg para serem tomados de 12 em 12 horas⁵⁹.

Face à metadona, podemos acrescentar que é um opióide sintético de características únicas: possui uma forte afinidade com os recetores μ e δ e, ao mesmo tempo, antagoniza os recetores do NMDA (N-metil-D-aspartano)¹⁸. Esta ação antagonista parece fazê-la apropriada para o controlo de síndromes de dor difíceis, particularmente quando associada a hiperalgesia e alodinia do SNC³. Ao contrário de outros opióides, possui uma biodisponibilidade oral extensa e parece não produzir metabolitos ativos, potencialmente tóxicos⁷¹. Por outro lado, é sabido que a metadona produz um prolongamento do intervalo QT observável em eletrocardiograma (ECG) em doses elevadas⁷¹. É lipofílica e sujeita a elevada distribuição tecidual, sendo libertada lentamente do espaço extravascular para o plasma, podendo atingir uma semivida de 24 horas¹⁸. Apesar de ser utilizada como opióide de segunda ou terceira linha em diversos países, o tempo imprevisível da semivida da droga torna difícil a sua conversão e titulação, o que apresenta uma limitação ao seu uso mais frequente^{3,18}.

Por último, importa referir que alguns autores têm defendido a adição de um quarto degrau como complemento à escada analgésica da OMS, destinado aos doentes que respondem de forma insuficiente aos três degraus anteriores⁷³⁻⁷⁵. Este degrau apoiar-se-ia em procedimentos invasivos como intervenção adjuvante, tais como bloqueios nervosos (ex: plexo celíaco), administração de anestésicos e opióides intra-espinais, cordotomias, entre outros^{3,73-75}.

1.5.2 Fármacos Adjuvantes

A utilização de fármacos adjuvantes é fundamental para aumentar a analgesia⁵⁵. Não são considerados analgésicos, todavia potenciam a ação dos mesmos. A escolha de um

determinado adjuvante é normalmente guiada pelas características da dor identificada - nociceptiva vs neuropática - bem como pela segurança, interações potenciais com outras substâncias e necessidades individuais dos doentes^{3,18}. Exemplos de adjuvantes analgésicos estão listados na tabela abaixo.

Quadro 3 – Adjuvantes Analgésicos

Adjuvante Analgésico	Indicações
Antidepressivo	Dor Neuropática
Anti convulsivante	Dor Neuropática
Anti espasmódico	Dor causada por cólica
Bifosfonato	Dor devido a metástases ósseas
Corticosteroide	Dor devido a edema ou compressão nervosa
Relaxante muscular	Dor devido a espasmos musculares / câibra
Bloqueador dos recetores NMDA	Dor Neuropática

Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Oxford Handbook of Palliative Medicine. 2nd.ed. Oxford University Press. 2009. p.230
(adaptado)

Várias revisões sistemáticas demonstraram a eficácia dos antidepressivos tricíclicos, enquanto agentes de primeira linha no tratamento de doentes com DNE^{13,76}. Dentro dos mesmos, as amins secundárias (nortriptilina e desipramina) são preferidas pois são melhor toleradas que as amins terciárias (amitriptilina e imipramina), não obstante terem uma eficácia analgésica comparável⁷⁷. Os efeitos adversos mais comuns incluem sedação, efeitos anticolinérgicos – boca seca, obstipação, retenção urinária, etc – hipotensão ortostática e possibilidade de toxicidade cardíaca¹³. A duloxetina e a venfalexina são inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina (ISRSN), cuja evidência científica justifica a sua utilização em doentes com neuropatia diabética dolorosa e outras polineuropatias dolorosas^{78,79}.

Acredita-se que a hiperexcitabilidade neuronal é um componente importante na patogénese da DNE¹⁸. Como tal, são utilizados anti convulsivantes como adjuvantes de primeira linha para o seu tratamento, tais como a gabapentina e a pregabalina. Estas substâncias conseguem ligar-se às subunidades dos canais de cálcio dependentes de voltagem, diminuindo a libertação de glutamato e de substância P, neurotransmissores excitatórios das vias ascendentes da nociceção⁸⁰.

Os corticosteroides (ex: dexametasona) são particularmente úteis no tratamento da DN óssea (metastática) e visceral, bem como da DNE⁸¹. Reduzem a dor por inibição da

síntese de prostaglandinas e redução da permeabilidade vascular (que resulta em edema dos tecidos)⁸². O alívio da DNE está associado à inibição das cargas espontâneas dos nervos lesados⁸¹. Estão entre os fármacos mais prescritos nos serviços de CP situados nos hospitais da Europa, sendo que o seu perfil de efeitos adversos mais comuns inclui: insónia, aumento do apetite e/ou peso; fraqueza muscular proximal; distúrbios gastrointestinais (esofagites, gastrites, úlceras); perturbações psiquiátricas (delirium, depressão, ansiedade e psicose) e osteoporose^{83,84}. Devem ser utilizados por curtos períodos (1 a 3 semanas) e utilizando a menor dose eficaz⁸⁵.

Relativamente aos relaxantes musculares, destacam-se três agentes antiespasmódicos rotineiramente utilizados na DC: baclofeno, ciclobenzaprina e tizanidina¹³. O baclofeno é um agonista do ácido gama-aminobutírico (GABA), inibindo a transmissão nervosa a nível da medula espinal – e provavelmente a nível de centros nervosos mais altos - que pode ser administrado via oral ou intratecal⁵⁷. Apresenta a vantagem de também possuir ação analgésica na ausência de espasmo muscular¹³. A tizanidina é um agonista dos receptores alfa-2-adrenérgicos que exerce a sua ação sobretudo a nível da espinal medula, reduzindo a transmissão sináptica ao nível da raiz dorsal e com ação antiespasmódica ao nível dos motoneurónios espinhais^{57,86}.

Bifosfonatos são frequentemente utilizados para a gestão da dor óssea, associada a metástases e/ou hipercalcemia maligna. Inibem a atividade osteoclástica, interrompendo a reabsorção óssea³. Por esta razão, devem ser administrados regularmente para a prevenção de fraturas patológicas do esqueleto, todavia devem ser utilizados com precaução em utentes com insuficiência renal¹⁸. No contexto do cancro, os bifosfonatos – como o ácido zoledrónico - devem ser administrados via endovenosa e sempre com o utente bem hidratado, diminuindo assim o risco de efeitos adversos renais³.

Os recetores NMDA estão espalhados pelo SNC e são ativados após a libertação de aminoácidos excitatórios, como resposta à estimulação das fibras nervosas periféricas¹⁸. Assim, fármacos que antagonizem a ação sobre estes recetores são importantes para a gestão da DNE, tal como a metadona ou a ketamina¹⁸. A ketamina é uma droga anestésica com fortes propriedades analgésicas, que parece potenciar a

analgesia opióide em dosagens baixas, com efeitos adversos toleráveis¹⁸. Todavia, a evidência científica neste sentido é ainda limitada. A gestão dos efeitos adversos deve ser cuidadosa pois são de natureza psicomimética, ocorrendo alucinações com frequência³.

1.5.3 Efeitos Indesejáveis

Toda e qualquer administração de terapêutica, seja de natureza analgésica ou outra, está impreterivelmente ligada a um conjunto de efeitos indesejáveis (ou adversos). Todavia, o impacto dos mesmos está relacionado não apenas com o perfil das drogas, como também com o conjunto de características pessoais de cada utente que delas usufrui.

Em conjunto, a dor e os efeitos adversos da medicação exercem um impacto significativo na QDV dos doentes, limitando a capacidade de trabalhar e socializar, instigando mesmo alguns pensamentos sobre a morte⁵⁹.

Anteriormente foi já referida a importância do risco gastrointestinal na administração de AINES, que deve ser cuidadosamente monitorizada. Todavia, utentes com doença crónica e avançada – oncológica ou não oncológica - podem necessitar de fármacos mais potentes para a gestão adequada da sua dor. Os fármacos opióides, pelas suas características particulares, podem induzir um conjunto de efeitos adversos que podem levar à descontinuação do tratamento. As razões principais para este acontecimento são os efeitos adversos no sistema gastrointestinal – náuseas, vômitos e obstipação – bem como ao nível do SNC⁸⁷.

Náuseas e vômitos

Estão entre os efeitos adversos mais perturbadores e angustiantes⁸⁸. A incidência de náuseas e vômitos em doentes com DC e tratados com opióides é de 10 a 50%⁸⁹⁻⁹². Os efeitos emetogénicos dos opióides desenvolvem-se através de vários mecanismos: estimulação direta da zona gatilho dos quimiorrecetores (ZGQ), inibição da motilidade intestinal e estimulação do aparelho vestibular⁹³⁻⁹⁵. Não existe nenhum benefício clínico demonstrado de um antiemético sobre os outros, existindo assim várias opções,

mediante a causa emética identificada⁹⁰. Metoclopramida é eficaz contra as náuseas e vômitos causados por estase gástrica, pois atua diretamente no trato gastrointestinal (TGI) ⁹⁶. Os antagonistas dos recetores 5-HT₃ (Ondansetrom e Granisetrom) são eficazes na prevenção desta sintomatologia causados pela estimulação opióide na ZGQ e estão associados a um bom perfil de tolerabilidade^{94,97}. Anti-histamínicos (ex: hidroxizina) e anticolinérgicos (ex: butilescopolamina) reduzem a sensibilidade vestibular induzida pelos opióides e, por isso, oferecem uma opção útil quando a causa emetogénica é desta natureza⁹⁸. Técnicas não farmacológicas para o controlo de náuseas e vômitos incluem: ar fresco, limitação da ingestão alimentar, distração e/ou técnicas de relaxamento⁹⁹.

Obstipação

É um dos efeitos adversos mais comuns associados a fármacos opióides⁹⁸. O mecanismo predominante parece ocorrer através da ativação dos recetores μ no TGI, condicionando uma diminuição do peristaltismo através da efeitos sob a musculatura circular e longitudinal¹⁰⁰. Para além disso, os fármacos opióides diminuem o fluxo sanguíneo e as secreções luminiais do TGI, condicionado o aparecimento de fezes duras e secas^{97,101}. A tolerância a este sintoma raramente se desenvolve - pelo contrário, agrava-se - devendo a utilização de laxantes ocorrer de forma profilática¹⁰². Para além do aumento da quantidade de líquidos ingeridos e fibras alimentares, associados ao exercício físico possível realizado de forma periódica, a utilização de sene (ou bisacodilo) associado a um laxante emoliente (ex:lactulose) parece ser eficaz^{90,103}. O FT-TD é o fármaco que parece causar menos obstipação, sendo uma boa opção para os doentes que têm dificuldade em evacuar estando medicados com outros opióides¹⁰².

Neuro toxicidade

A sedação e a perturbação da cognição são exemplos de efeitos adversos associados à utilização de opióides, a nível do SNC. A maioria destes efeitos – neuro toxicidade induzida por opióides (NIO) – é transitória⁹⁸. A incidência de sedação no âmbito da NIO situa-se entre 20-60%, apresentando-se geralmente logo ao início de tratamento com opióides ou aquando do aumento da dose^{90,93}. O seu controlo pode passar pela prescrição de psicostimulantes (ex: metilfenidato), embora faltem ensaios clínicos que

suportem o seu uso¹⁰³. As alterações cognitivas são mais frequentes em doentes que já tenham tido disfunção cognitiva prévia, sendo que a confusão pode surgir especialmente nos doentes com infeções, desidratados, com alterações metabólicas e/ou cancro avançado^{104,105}. O tratamento pode envolver a utilização de anti psicóticos como o haloperidol ou a clorpromazina, fármacos que também possuem eficácia comprovada no controlo do delirium¹⁰⁶. Benzodiazepinas podem também ser combinadas com anti psicóticos quando uma agitação grave, refratária, está presente⁹⁰.

Por último, importa referir que a depressão respiratória – algo temida na administração de opióides – é um acontecimento raro quando se iniciam opióides com doses baixas e uma titulação lenta⁵⁹. É mediada pelo recetor μ , ocorrendo sobretudo com os agonistas totais, sendo dose-dependente.

2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

2.1 Organização

O decreto de lei nº 101/2006 estabelece a criação da RNCCI, um modelo que surge como um “novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar”¹⁰⁷. A RNCCI é concebida como uma resposta às novas necessidades de saúde e sociais, passível de satisfazer o incremento esperado da procura por partes de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida¹⁰⁷.

A RNCCI é constituída por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais” (artigo 2º, DL nº 101/2006).

O objetivo fundamental da rede é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência¹⁰⁷. Assim, facilmente se conclui que utentes que apresentem NP constituem uma população que deverá ser integrada neste modelo de Cuidados Continuados Integrados. O mesmo visa não só a reabilitação, readaptação e reintegração social, como também a “provisão e manutenção de conforto e QDV, mesmo em situações irrecuperáveis” (artigo 5º, alínea b, DL nº 101/2006).

A prestação de cuidados continuados integrados, face à sua tipologia, é assegurada por: unidades de internamento (1); unidades de ambulatório (2); equipas hospitalares (3) e equipas domiciliárias (4).

Figura 10 - Tipologia de serviços da RNCCI¹⁰⁷



As unidades de internamento podem ser agrupadas em quatro categorias¹⁰⁷:

- Unidades de Convallescência: destinadas a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão; têm como finalidade a estabilização clínica e funcional, bem como a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (que não necessite de cuidados hospitalares agudos).
- Unidades de Média Duração e Reabilitação: possuem uma previsibilidade de internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos por cada admissão; têm como finalidade a estabilização clínica, avaliação e reabilitação integral da pessoa afetada por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico.
- Unidades de Longa Duração e Manutenção: destinadas a utentes com previsibilidades de internamento superiores a 90 dias consecutivos; têm como principal finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a QDV; possibilitam também o internamento em situações temporárias decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

- Unidades de Cuidados Paliativos: dotadas de espaço físico próprio, destinam-se ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de CP do Plano Nacional de Saúde.

É ainda importante salientar que as respostas para utentes com NP não se esgotam nas unidades de internamento. Equipas intra-hospitalares de CP – inseridas na tipologia de equipas hospitalares (3) – têm como finalidade o aconselhamento diferenciado em CP aos serviços do respetivo hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientar o plano individual de intervenção aos utentes institucionalizados¹⁰⁷.

Considerando as respostas comunitárias para esta população, é importante destacar as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos – inseridas na tipologia de equipas domiciliárias (4) – que têm como finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados continuados integrados e às unidades de média e longa duração e manutenção¹⁰⁷.

Acrescente-se ainda que a lei n.º 52/2012, de 5 de setembro - Lei de Bases dos CP - cria a Rede Nacional de CP (RNCP), que visa coordenar a prestação de CP no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, complementar da rede hospitalar, da rede de cuidados de saúde primários e da RNCCI.

Mais recentemente, através do DL nº 145/2015 clarifica-se que as unidades e equipas em CP deixam de estar integradas na RNCCI, surgindo assim a segunda alteração à estrutura da mesma. O presente decreto-lei prevê, assim, que as unidades da RNCCI podem coexistir com as unidades da RNCP, que a Rede Nacional de Cuidados Integrados pode integrar as equipas comunitárias de suporte em CP e que as unidades e serviços da RNCCI, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes¹¹⁷.

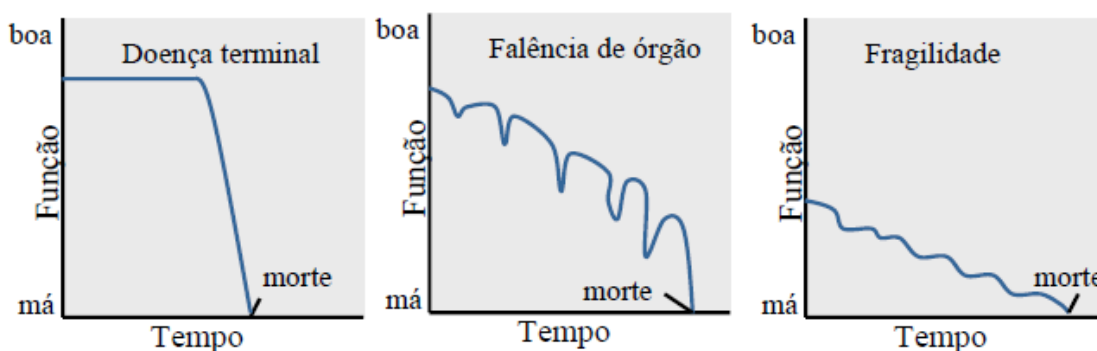
2.2 Necessidades Paliativas em Cuidados Continuados

Parece evidente que pessoas portadoras de doença avançada, incurável e progressiva desenvolvam, no decorrer do seu trajeto de doença, um crescente grau de dependência funcional – quer falemos de doença oncológica ou não oncológica.

Recorde-se o modelo de Lynn e Adamson (2003), que agrupam o declínio funcional nos meses anteriores à morte em três trajetos fundamentais¹⁰⁸:

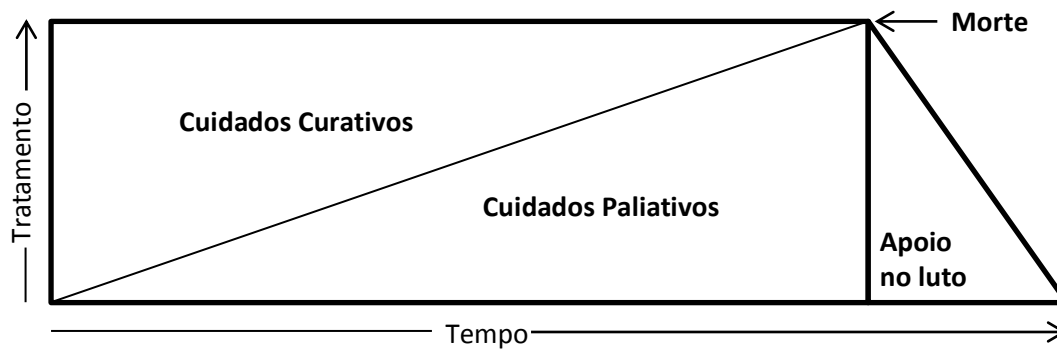
- Trajeto de doença terminal / oncológica - declínio rápido e progressivo
- Trajeto de falência orgânica - declínio mais prolongado, com episódios graves e intermitentes preditores de internamento
- Trajeto da demência / fragilidade - declínio longo, com funcionalidade muito diminuída

Figura 11 – Trajetos funcionais da pessoa com doença crónica progressiva¹⁰⁸



Independentemente do trajeto de doença de cada pessoa, parece claro que a sua funcionalidade é inversamente proporcional ao seu nível de dependência, ou seja, maiores níveis de dependência estão habitualmente associados a pessoas com níveis de funcionalidade baixos. Tal relação é preditiva de um aumento progressivo das suas NP, tal como nos demonstram os mesmos autores através do seu Modelo de Transição Progressiva (Lynn e Adamson, 2003):

Figura 12 - Modelo de Transição Progressiva¹⁰⁸



Considerando que a missão da RNCCI se centra nos cuidados integrados a pessoas em situação de dependência, parece evidente que os mesmos cuidados são indissociáveis do seu âmbito paliativo, mediante a progressão da doença e deterioração da saúde da pessoa.

Note-se que não são apenas os utentes institucionalizados em Unidades de CP que possuem as referidas necessidades: também os utentes em Unidades de Longa Duração e Manutenção e outros contextos – como o domiciliário – as possuem, determinado pelo aumento progressivo do seu nível de dependência e agravamento da patologia crónica que o determina.

Esta ideia é suportada pelo Plano Nacional de CP (2005), onde é manifesto que “uma organização integrada de CP inclui Hospitais, RNCCI e Cuidados Primários, de forma flexível (...) com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva, através de um conjunto de serviços: desde estruturas de internamento ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade”¹⁰⁹.

2.3 Dor e Cuidados Continuados

Após abordar alguns aspetos sobre a dor, utentes com NP e a sua relação com o modelo organizacional da RNCCI importa, agora, perguntar – no que à dor diz respeito, o que podemos afirmar sobre a sua gestão e/ou controlo no modelo de Cuidados Continuados Integrados referido?

O Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008) não propõe, nas suas Estratégias de Intervenção, nenhuma medida de desenvolvimento específica face à RNCCI. Não sugere, igualmente, investigação que vise o conhecimento epidemiológico da dor no âmbito específico dos cuidados continuados, ao nível das Estratégias de Colheita e Análise de Informação¹¹⁰.

O Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013) surge como um novo modelo orientador que pretende dar continuidade aos objetivos do Programa Nacional de Controlo da Dor, com um horizonte temporal de três anos. Apesar de introduzir algumas alterações ao nível dos seus eixos de intervenção – nomeadamente atribuindo destaque ao tratamento da DC em estruturas diferenciadas - não contempla no seu cronograma nenhuma ação investigativa ou operacional direcionada especificamente à RNCCI¹¹¹.

Os estudos nacionais no âmbito da dor são escassos, tendo particular destaque o estudo transversal ECOS, que o Observatório Nacional da Saúde levou a cabo em 2002. Todavia, foram apontadas como limitações ao estudo o reduzido número da amostra (1414), bem como a dificuldade em determinar a intensidade da dor e a sua importância clínica, não permitindo estabelecer a prevalência da dor em Portugal¹¹⁰.

Mais recentemente, em 2010, Portugal participou numa iniciativa europeia chamada *Pain Proposal*, desenvolvida para avaliar o impacto da dor crónica na Europa. No nosso país foi identificada uma prevalência de 36% em população com mais de 18 anos, o que aponta para uma estimativa de 3 milhões de adultos que sofrem com DC¹¹².

Contudo, no que à RNCCI e ao modelo de cuidados continuados diz respeito, parece não existir evidência específica em Portugal.

A pesquisa efetuada em diversas bases de dados científicas e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) - utilizando os termos “dor” e “cuidados continuados” – confirma a ideia supracitada: não foram encontrados resultados sobre trabalhos de investigação feitos neste âmbito.

Assim, está aberto o caminho para a presente investigação, que se revela como uma oportunidade de âmbito epidemiológico num modelo de cuidados ainda pouco explorado e que pode ser sistematizada pela seguinte pergunta:

Qual a prevalência e intensidade da dor em utentes com NP, institucionalizados em unidades de cuidados continuados?

CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3. METODOLOGIA

3.1 Questões de Investigação e Objetivos

A realização desta dissertação surge como uma oportunidade para incrementar o conhecimento científico face ao controlo sintomático nos utentes com NP. A escolha pela observação do fenómeno Dor deriva da escassez de estudos nacionais neste âmbito, tal como foi já referido anteriormente. Parece também existir pouca evidência disponível no que diz respeito ao modelo de Cuidados Continuados e aos utentes com NP que integram a RNCCI, pelo que é expectável que esta investigação ofereça um contributo para ambos os níveis.

As questões de investigação que norteiam o estudo são:

- Qual a prevalência de dor nos utentes com NP institucionalizados em unidades de Cuidados Continuados (UCC)?
- Qual a intensidade da dor sentida pelos utentes com NP institucionalizados em unidades de Cuidados Continuados?
- Será que os utentes com NP incapazes de comunicar sentem mais dor que os utentes que não apresentam limitações na expressão da mesma?
- Existe alguma relação entre o diagnóstico preditor de NP e a intensidade da dor verificada nesta população?

Assim, os objetivos desta investigação e que sistematizam as questões previamente apresentadas são:

1. Identificar a prevalência da dor nos utentes com NP institucionalizados em UCC
2. Identificar a intensidade da dor em utentes com NP institucionalizados em UCC, através da aplicação de escalas comportamentais e/ou de autoavaliação
3. Comparar a prevalência da dor em doentes comunicantes e em doentes sem capacidade para a autoavaliação (não comunicantes), institucionalizados em UCC
4. Verificar se existe relação entre a intensidade da dor verificada e o diagnóstico dos utentes institucionalizados, portadores de doença crónica e avançada

3.2 Classificação do estudo

Esta investigação tem por base uma abordagem quantitativa, pois assenta numa colheita sistemática de dados observáveis e quantificáveis, mediante uma observação de factos objetivos e que acontecem independentemente do investigador.

É descritivo e correlacional, na medida em que procura explorar e determinar a existência de relação entre variáveis (ex: “Intensidade de dor” e “Diagnóstico”).¹¹³

3.3 Variáveis

As variáveis do presente estudo foram agrupadas em três categorias distintas, relativamente ao seu conteúdo:

Variáveis Sociodemográficas

- Género (M ou F – nominal)
- Idade (30-49; 50-69; 70-89; 90-100 - ordinal)

Variáveis Clínicas

- Diagnóstico (nominal)
- Categoria (diagn.) - nominal
- Estádio FAST (6A a 7F – nominal)

Analgesia

- Analgesia (fármacos de libertação prolongada) - nominal
- Analgesia (fármacos de libertação imediata, PRN – do latim “*pro re nata*”, sempre que necessário) - nominal
- Adjuvantes - nominal
- Escala de dor PAINAD-PT (0 a 10 – quantitativa)
- Escala de Avaliação Numérica (EAN – de 0 a 10) – quantitativa
- Escala de Avaliação Qualitativa (EAQ – Sem Dor; Dor Ligeira; Dor Moderada; Dor Intensa; Dor máxima – ordinal)
- Intensidade de dor (Sem dor; Dor Ligeira; Dor Moderada; Dor Intensa – ordinal)

A variável clínica “Categoria (Diagn.)” foi inserida no tratamento de dados de forma a sintetizar a heterogeneidade de diagnósticos identificados, sendo os sujeitos

classificados em cinco categorias principais : Doença Ateroesclerótica Cerebrovascular, Doenças Neurodegenerativas, Insuficiências de Órgão, Neoplasias e Quadros Demenciais.

A variável “Estadio FAST” adquire pertinência relativamente aos indivíduos da amostra portadores de demência e apenas se aplica aos mesmos, permitindo assim a classificação da doença entre os estádios 6A e 7F (demência grave).

Face às escalas EAN e EAQ, foi feita uma correspondência de acordo com as indicações da DGS, sendo que: 0 – sem dor; 1 a 2 - Dor ligeira; 3 a 5 - Dor Moderada; 6 a 8 - Dor Intensa; 9 a 10 - Dor Máxima.⁵

Assim, a variável “Intensidade de dor” permitiu agrupar todos os indivíduos da amostra em quatro categorias - Sem Dor, Dor Ligeira, Dor Moderada e Dor Intensa – através dos resultados obtidos através das escalas EAN, EAQ e PAINAD-PT.

3.4 População Alvo e Amostra

A população alvo (N) é constituída por todos os utentes institucionalizados em unidades de cuidados continuados com NP, sendo que a amostra (n) é não-probabilística, do tipo acidental¹³³. Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram:

- Institucionalização em UCC, em regime de internamento
- Presença de doença(s) crónica(s), avançada(s) e/ou progressiva(s)

Outros aspetos clínicos como a presença de decisão de “não reanimar” ou a natureza das comorbilidades foram também discutidos com os profissionais de cada instituição, o que demonstrou ser fundamental para a identificação das respetivas NP e, assim, para uma correta seleção dos indivíduos a incluir na amostra.

3.5 Colheita de Dados

O período de colheita de dados decorreu entre Junho e Setembro de 2015, sendo a amostra constituída por 58 utentes. Para cada indivíduo foi aplicado um instrumento de colheita de dados construído pelos investigadores, com o objetivo de registar o motivo de internamento / diagnóstico indicador de NP, a medicação analgésica prescrita e a intensidade de dor ao longo das últimas 24h (anexo X). No caso dos sujeitos não comunicantes, foi aplicada uma escala comportamental (PAINAD-PT) que permitiu registar o *score* da dor através da observação do investigador, em repouso.

Foi aplicado um pré-teste em 17 utentes, com o objetivo de familiarizar o investigador com o instrumento de colheita de dados, verificando o tempo médio necessário para cada observação e testando a adequabilidade das escalas para a população alvo.

Posteriormente, foram observados 64 utentes a incluir na amostra, tendo sido excluídos seis dos mesmos porque o internamento derivou de processos agudos (ex: infeções) e não de patologia crónica, progressiva e incurável.

A maior parte da amostra foi selecionada e observada na Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto (USMJNP), instituição que integra a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e que abarca as quatro tipologias referentes ao modelo de cuidados continuados – convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e CP (35 utentes). A Unidade de Saúde da ABEI (Associação para o Bem Estar Infantil) integra a RNCCI no âmbito dos cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção, sendo que nesta instituição foram observados 14 utentes. A UCCI Sagrada Família também oferece respostas ao nível dos cuidados continuados de longa duração e manutenção, sendo observados 9 utentes da amostra.

A análise estatística dos resultados foi efetuada com recurso ao *software* “IBM SPSS Statistics®”, versão 22.

3.6 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado no âmbito da investigação pode ser dividido em quatro partes distintas.

A secção inicial – Identificação – inclui campos para o registo da instituição de acolhimento, género, idade e tipologia de cuidados associados ao internamento do utente (curta, média ou longa duração vs CP).

Posteriormente, para cada sujeito foi identificado o motivo de internamento / diagnóstico principal preditor de NP. No caso de institucionalização se dever a demência grave, foi também feita a classificação da mesma mediante a escala FAST (*Functional Assessment Staging Test*), desenvolvida por Reisberg e Sclan (1992)¹¹⁵.

Foi também registada toda a medicação analgésica prescrita para cada sujeito da amostra - nome do fármaco, frequência de administração dos fármacos de libertação prolongada (para a dor basal) e da analgesia de resgate, ou PRN, com fármacos de libertação imediata (dor episódica). Foi também assinalada a presença de adjuvantes – anti convulsivantes, anti depressivos, corticosteroides, etc. - quando a mesma se verificou.

A última secção do instrumento de colheita destinou-se ao registo da intensidade da dor verificada pelos sujeitos da amostra. Foi também registada a escala utilizada em cada avaliação – numérica ou qualitativa para utentes capazes de avaliar e expressar corretamente a sua dor (auto avaliação) e a PAINAD-PT para utentes com demência, não comunicantes ou com limitações cognitivas acentuadas (heteroavaliação). A data e hora do registo foram também incluídas nesta fração.

3.7 Procedimentos Formais e Éticos

Após a receção da autorização da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CHLN/FMUL/IMM – anexo I), foram enviados pedidos formais para o diretor clínico da USMJNP e diretores técnicos da Unidade de Saúde da ABEI e da UCCI Sagrada Família, respetivamente (anexos II, III e IV). Todos os pedidos de colaboração para a investigação foram autorizados.

Durante o processo de colheita de dados, foi entregue a cada utente uma Carta Explicativa do Estudo, bem como um termo de consentimento informado para a inclusão na investigação. No caso dos utentes com limitações cognitivas, a documentação supracitada foi entregue ao Representante Legal. Foram recusados 12 pedidos.

Toda a informação recolhida foi codificada, assegurando assim a confidencialidade dos registos.

Procurou-se otimizar o ambiente, proporcionando um ambiente calmo, sem ruídos e minimizando as perturbações para maximização do conforto e bem-estar do doente durante a colheita de dados.

4. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos face às questões de investigação formuladas, pretendendo-se assim que apresentem uma resposta aos objetivos propostos para a realização do presente trabalho.

Assim, a apresentação dos mesmos será dividida em duas partes:

- **Análise descritiva (Objetivos 1 e 2):**

Dividida em três partes, face aos três distintos grupos de variáveis descritos anteriormente: sociodemográficas, clínicas e analgesia. Dentro de cada grupo, os resultados serão também discriminados por variável com recurso a tabelas de descrição estatística e representação gráfica.

- **Análise correlacional (Objetivos 3 e 4):**

Destinada a dar resposta aos objetivos da investigação que exigem o cruzamento de variáveis distintas e onde será feita a respetiva análise e interpretação destes resultados.

4.1 Analise Descritiva

4.1.1 Variáveis Sociodemográficas

Género e Idade

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica da amostra

<i>Variáveis Sociodemográficas</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Género	Feminino	39	67,2
	Masculino	19	32,8
Idade	30-49	3	5,2
	50-69	8	13,8
	70-89	34	58,6
	90-100	13	22,4

Verificou-se que a amostra é de predominância feminina. Relativamente à idade, podemos afirmar que variam entre os 34 e os 98 anos ($\bar{x} = 78,66$; DP = 12,8).

4.1.2 Variáveis Clínicas

Diagnóstico

Tabela 2 – Distribuição da amostra por diagnóstico

Diagnóstico	<i>n</i>	%
Ataxia Autossômica Degenerativa	2	3,4
Carcinoma do Endométrio	1	1,7
Demência de Alzheimer	10	17,2
Demência Vascular	15	25,9
Doença Aterosclerótica Cerebrovascular	7	12,1
Doença de Parkinson	2	3,4
Encefalopatia Anóxica	3	5,2
Encefalopatia Isquêmica Crônica	2	3,4
Esclerose Múltipla	1	1,7
Insuficiência Cardíaca (classes III a IV da NYHA)	6	10,3
Insuficiência Renal (classes 3 a 5)	3	5,2
Linfoma Não-Hodgkin	1	1,7
Meningioma	1	1,7
Neoplasia da Mama	1	1,7
Neoplasia do Cólon	3	5,2

Para cada utente da amostra foi registado o motivo de internamento preditor de NP, sendo assim possível identificar um total de 15 diagnósticos distintos. Destacam-se as Demências Vascular e de Alzheimer que, em conjunto com a Doença Aterosclerótica Cerebrovascular, perfazem 55,2% da amostra. As insuficiências de órgão foram menos prevalentes (15,5%).

Considerando a heterogeneidade das patologias acima representadas, optou-se por apresentar uma classificação agrupada, de modo a facilitar o tratamento dos dados e a procura de correlação com o *score* de dor registado.

Categoria (diagn.)

Tabela 3 – Distribuição da amostra por diagnóstico e categoria

Diagnóstico [categorias]	n	%
Doença Aterosclerótica Cerebrovascular	7	12,1
Doenças Neurodegenerativas		
Ataxia Autossômica Degenerativa	2	3,4
Doença de Parkinson	2	3,4
Encefalopatia Anóxica	3	5,2
Encefalopatia Isquêmica Crônica	2	3,4
Esclerose Múltipla	1	1,7
<i>Subtotal</i>	10	17,2
Insuficiências de Órgão		
Insuficiência Cardíaca	6	10,3
Insuficiência Renal	3	5,2
<i>Subtotal</i>	9	15,5
Neoplasias		
Carcinoma do Endométrio	1	1,7
Linfoma Não-Hodgkin	1	1,7
Meningioma	1	1,7
Neoplasia do Cólon	3	5,2
Neoplasia da Mama	1	1,7
<i>Subtotal</i>	7	12,1
Quadros Demenciais		
Demência de Alzheimer	10	17,2
Demência Vascular	15	25,9
<i>Subtotal</i>	25	43,1

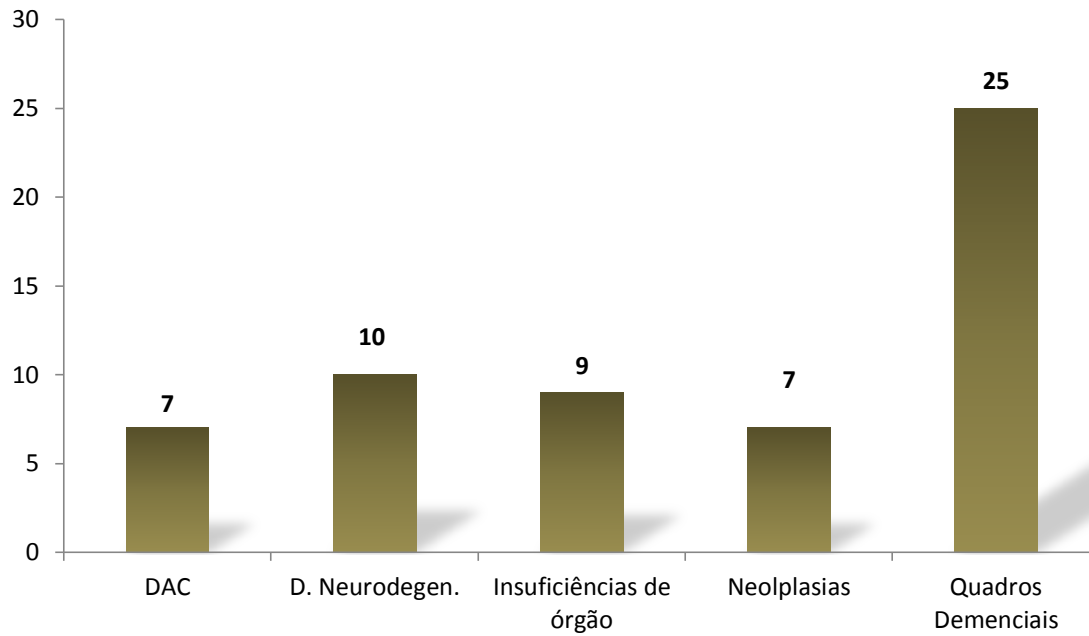
Assim, foram criadas cinco categorias onde foram agrupados os diagnósticos clínicos identificados.

Tabela 4 – Distribuição da amostra por categoria (diagn.)

Categoria	n	%
Doença Aterosclerótica Cerebrovascular	7	12,1
Doenças Neurodegenerativas	10	17,2
Insuficiências de Órgão	9	15,5
Neoplasias	7	12,1
Quadros Demenciais	25	43,1

Torna-se também importante salientar que os utentes com NP com patologia que envolvem o SNC – DAC, Doenças Neurodegenerativas e Quadros Demenciais – representam mais de dois terços da amostra (72,4%).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por categoria (diagn.)



Estádio FAST

Relativamente aos doentes com Demência, foi classificada o estágio da mesma utilizando a escala FAST, reconhecida na literatura como o instrumento mais fiável para medir a evolução desta patologia¹¹⁵. Os resultados são apresentados abaixo:

Tabela 5 – Distribuição da amostra por estágio FAST (Demência)

FAST [Functional Assessment Staging Test]	n	%
Sem demência	33	56,9
6C - Incapacidade de usar o WC	1	1,7
6D - Incontinência urinária	2	3,4
6E - Incontinência fecal	1	1,7
7A - Capacidade de falar limitada a meia dúzia de palavras ou menos (por dia)	3	5,2
7C - Capacidade de deambulação perdida	1	1,7
7D - Perda da capacidade de se sentar sem assistência	9	15,5
7E - Perda da capacidade de sorrir	3	5,2
7F - Perda da capacidade de levantar a cabeça	2	3,4
7G - Postura fletida	3	5,2

Face aos 25 utentes observados, é possível concluir que 21 foram classificados entre os estadios 7A e 7G (demência grave). É possível observar que 18 dos mesmos (72%) apresentaram capacidade de deambulação perdida - 7C a 7G – estando três continuamente acamados e sob postura fletida, representando o último estágio da doença (7G).

Recorde-se que em 33 doentes a FAST não foi aplicada pois não tinham demência.

4.1.3 Analgesia

Analgesia (libertação prolongada)

Tabela 6 – Prescrição de Analgesia (libertação prolongada)

Fármaco(s)	n	%
Buprenorfina TD	2	3,4
Fentanilo TD	4	6,9
Fentanilo TD + Paracetamol PO	1	1,7
Flurbiprofeno TD	1	1,7
Ibuprofeno PO	1	1,7
Paracetamol PO	1	1,7
Tramadol PO	1	1,7
Tramadol+Paracetamol (ass.) PO	4	6,9
Sem analgesia regular	43	74,1

Para cada indivíduo, foi registado de forma individualizada, todos os analgésicos prescritos em esquema para a dor basal. É possível concluir que 74,1% dos doentes não tinham qualquer analgésico em esquema.

Face aos quinze indivíduos da amostra com analgesia regular prescrita (25.9%), destacam-se o Fentanilo TD (5) e a associação Paracetamol+Tramadol (4) como os analgésicos mais comuns. É possível concluir ainda que a prescrição de opióides foi executada em 12 indivíduos da amostra, correspondendo a um total de 20,6% da mesma.

Analgesia (Libertação imediata)

Tabela 7 – Prescrição de Analgesia (PRN)

Fármaco (s)	n	%
Metamizol Magnésico PO	5	8,6
Morfina SC	4	6,9
Paracetamol PO	14	24,1
Paracetamol PO + Ibuprofeno PO	1	1,7
Paracetamol PO + Metamizol Magnésico PO	13	22,4
Paracetamol PO + Morfina SC	2	3,4
Tramadol PO	1	1,7
Sem SOS	18	31,0

Relativamente à prescrição de analgesia PRN, é possível verificar que a maioria dos doentes apresentava pelo menos um fármaco prescrito (69%).

O Paracetamol foi prescrito em 30 utentes - associado a outros analgésicos ou de forma isolada - tornando-o o fármaco mais comum, seguido pelo Metamizol (18).

Contrariamente ao que foi observado face à analgesia de esquema, a associação entre dois fármacos distintos foi utilizada em 16 utentes (27.5%). A prescrição de opióides PRN, por sua vez, foi observada em 7 indivíduos (12%).

Adjuvantes

Tabela 8 – Prescrição de Adjuvantes

Fármaco(s)	n	%
Baclofeno PO	6	10,3
Baclofeno PO + Clonazepam PO	1	1,7
Baclofeno PO + Diazepam PO	1	1,7
Baclofeno PO + Gabapentina PO	1	1,7
Clonazepam PO + Tizanidina PO	1	1,7
Gabapentina PO	3	5,2
Pregabalina PO + Prednisolona PO	1	1,7
Sem adjuvante(s)	44	75,9

Mediante a observação da tabela 7, podemos concluir que 14 doentes (24,1%) possuíam pelo menos um adjuvante analgésico sob prescrição.

O fármaco de prescrição mais frequente foi o Baclofeno com 9 utilizações (15,4%).

Os fármacos relaxantes musculares de ação central (Baclofeno e Tizanidina)¹¹⁶ constituem a classe farmacológica prescrita com maior frequência (17,1%), seguida pelos fármacos de ação anticonvulsivante (Pregabalina, Gabapentina e Clonazepam)¹¹⁶ com 12% das utilizações face ao total da amostra.

Escala de Dor

Tabela 9 – Distribuição da amostra por escala de dor utilizada

<i>Escala</i>	n	%
Numérica	9	15,5
PAINAD-PT	31	53,4
Qualitativa	18	31,0

As escalas de autoavaliação de dor foram utilizadas em 27 indivíduos (46,6%).

Assim, considerando a elevada utilização da PAINAD-PT, é possível concluir que a maioria dos indivíduos da amostra apresenta alterações cognitivas e/ou demência – idosos não comunicantes.

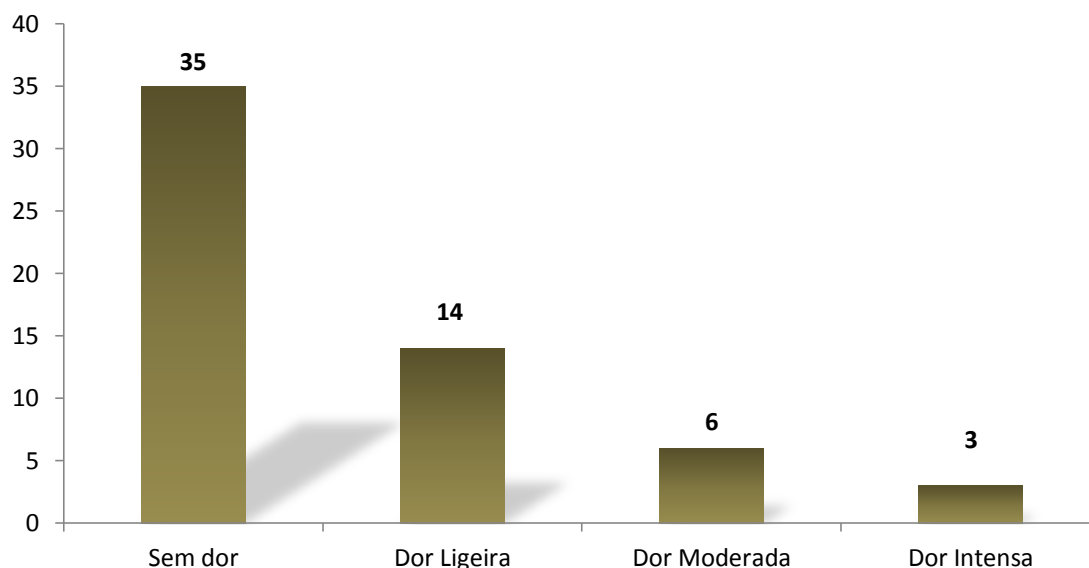
Intensidade de dor

Tabela 10 – Distribuição da amostra por intensidade de dor

<i>Intensidade</i>	n	%
Sem dor	35	60,3
Dor Ligeira	14	24,1
Dor Moderada	6	10,3
Dor Intensa	3	5,2

A dor está presente em 23 indivíduos (39,7%).

Gráfico 2 - Distribuição da amostra por intensidade de dor



As tabelas 11, 12 e 13 resumem os dados face à intensidade da dor observada, descritos mediante a escala utilizada:

Tabela 11 – Intensidade de dor avaliada por escala numérica

<i>Escala numérica</i>	n	%	\bar{x}	Min	Max	DP
0 (Sem dor)	3	33,3	3,56	0	8	3,005
3-5 (Dor Moderada)	3	33,3				
6-8 (Dor Intensa)	3	33,3				

A EN constitui a escala menos utilizada na observação da amostra.

A mediana tem valor 4 e o intervalo é de 8, como já foi referido. Não foram observados doentes com dor ligeira e a média das observações situa-se ao nível da dor moderada.

Tabela 12 – Intensidade de dor avaliada por escala PAINAD-PT

<i>Escala PAINAD-PT</i>	n	%	\bar{x}	Min	Max	DP
0 (Sem dor)	15	48,4	1,29	0	6	1,716
1-3 (Dor Ligeira)	13	41,9				
4-6 (Dor Moderada)	3	9,7				

A PAINAD-PT foi a escala com maior número de utilizações.

A mediana tem valor 1 e o intervalo é de 6, tal como é possível observar na tabela acima.

Tabela 13 – Intensidade de dor avaliada por escala Qualitativa

<i>Escala Qualitativa</i>	n	%	\bar{x}	Min	Max	DP
Sem dor	17	94,4	0,06	0	1	0,236
Dor Ligeira	1	5,6				

A EQ foi utilizada em 18 utentes. Os valores da média, DP e intervalo foram obtidos com recurso à escala híbrida Numérica/Qualitativa (figura 5) para efeitos de conversão numérica e respetivo tratamento em SPSS®.

4.2 Analise Correlacional

Prevalência e intensidade de dor: comunicantes vs. não comunicantes

Um dos objetivos da presente dissertação assenta na comparação acerca da prevalência de dor em doentes comunicantes e em doentes sem capacidade de classificar a sua dor (não comunicantes). Assim, foi criada a tabela 14 que cruza as variáveis “Intensidade” e “Escala de Avaliação”, de forma a poder comparar os resultados de ambos os grupos

Tabela 14 – Intensidade de dor por escala de avaliação

		<i>Intensidade</i>				Total
		Sem dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	
<i>Escala</i>	Numérica	3	0	3	3	9
	Qualitativa	17	1	0	0	18
	PAINAD-PT	15	13	3	0	31
Total		35	14	6	3	58

Face aos doentes que foram capazes de classificar a sua dor (27) – utilizando a EN ou qualitativa – foi identificada uma prevalência de dor de 26% (7 utentes), sendo que 74% dos indivíduos revelaram não ter dor no momento da avaliação (20 utentes). A

tabela 15 resume os dados relativos à intensidade da dor em comunicantes, fundindo os resultados obtidos através da utilização das escalas Numérica e Qualitativa:

Tabela 15 – Intensidade de dor em comunicantes

<i>Intensidade (Escala Numérica / Qualitativa)</i>	n	%
Sem dor	20	74
Dor Ligeira	1	4
Dor Moderada	3	11
Dor Intensa	3	11
Total	27	100

No que diz respeito aos utentes sem capacidade de classificar a sua dor (31), a prevalência é de 52% (16 utentes), sendo que 48% dos mesmos não apresentaram *score* positivo à avaliação da escala PAINAD-PT (15 utentes). Ou seja, comparativamente aos indivíduos capazes de avaliar a sua dor, observa-se que a prevalência de dor em não comunicantes duplica. Destaca-se a Dor Ligeira como o nível de intensidade mais prevalente, com recurso à PAINAD-PT.

Tabela 16 – Intensidade de dor em não comunicantes

<i>Intensidade (Escala PAINAD-PT)</i>	n	%
Sem dor	15	48
Dor Ligeira	13	42
Dor Moderada	3	10
Total	31	100

Os gráficos 3 e 4 sistematizam a informação apresentada acima, no que diz respeito à prevalência e intensidade da dor observada com recurso às diferentes escalas, o que permite sumarizar os resultados para comunicantes e para indivíduos incapazes de auto classificar a sua dor:

Gráfico 3 – Intensidade de dor por escala de avaliação

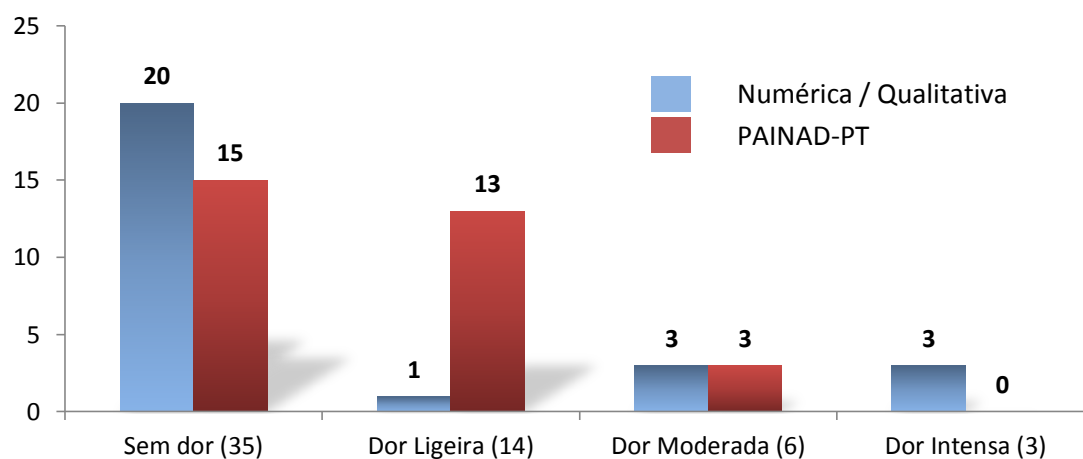
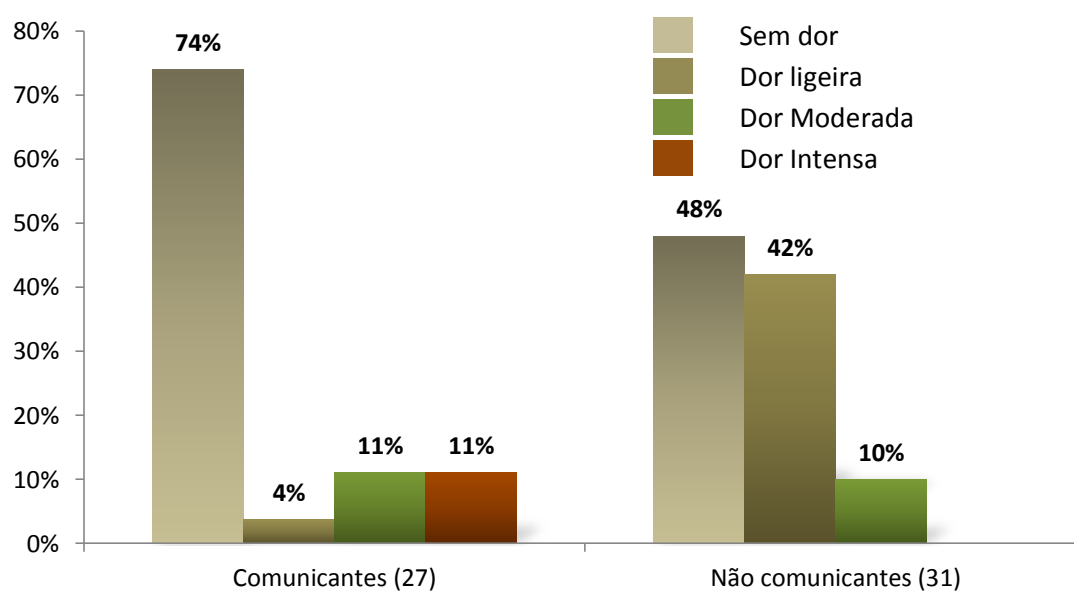


Gráfico 4 – Intensidade de dor em comunicantes e não comunicantes



Intensidade de dor e Diagnóstico

Procurando dar resposta ao quarto objetivo da presente investigação - verificar se existe relação entre a intensidade da dor verificada e o diagnóstico dos utentes institucionalizados – começámos por cruzar as variáveis “Categoria (diagn.)” e “Intensidade”, informação sistematizada na tabela 17:

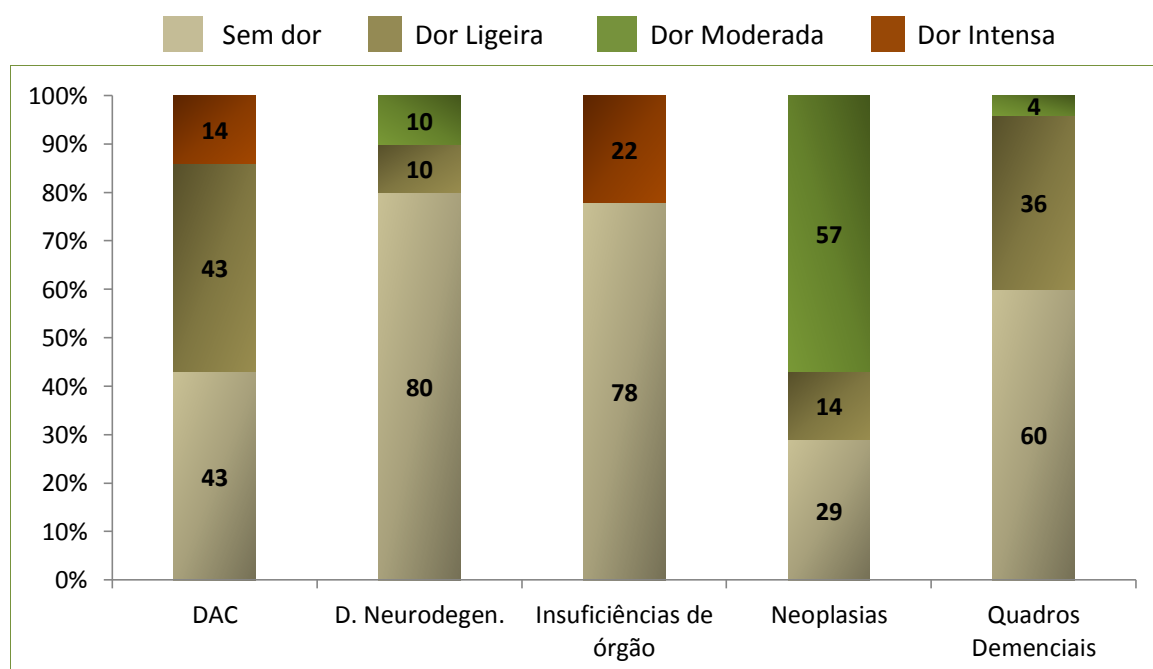
Tabela 17 – Intensidade de dor por Categoria (diagn.)

		Intensidade				Total
		Sem dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	
Categoria (Diagn.)	Doença Aterosclerótica Cerebrovascular	3	3	0	1	7
	Doenças Neurodegenerativas	8	1	1	0	10
	Insuficiências de Órgão	7	0	0	2	9
	Neoplasias	2	1	4	0	7
	Quadros Demenciais	15	9	1	0	25
Total		35	14	6	3	58

Observa-se que os utentes com doenças neurodegenerativas foram os que apresentaram menor prevalência de dor (20%). Os utentes com Neoplasia, por sua vez, revelam a prevalência de dor mais elevada (71%).

O gráfico 5, sumariza a informação face à categoria de diagnóstico e intensidade da dor identificada nos respetivos utentes:

Gráfico 5 – Intensidade de dor por Categoria (diagn)



Analgesia de Libertação prolongada, Analgesia PRN e Intensidade de dor

Por último, foram cruzados os dados das variáveis “Intensidade”, “Analgesia (libertação prolongada)” e “Analgesia (PRN)”, o que permite identificar os doentes que apresentam dor e sem analgesia prescrita. Assim, surgem as tabelas 18 e 19, que revelam os resultados face ao cruzamento das variáveis supracitadas:

Tabela 18 – Intensidade de Dor e Analgesia (Libertação prolongada)

		<i>Intensidade</i>				Total
		Sem dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	
Analgesia (Libertação Prolongada)	Sem analgesia	28	11	3	1	43
	Buprenorfina TD	2	0	0	0	2
	Fentanilo TD	0	2	2	0	4
	Fentanilo TD + Paracetamol PO	0	0	0	1	1
	Flurbiprofeno TD	1	0	0	0	1
	Ibuprofeno PO	0	0	0	1	1
	Paracetamol PO	1	0	0	0	1
	Tramadol PO	1	0	0	0	1
	Tramadol+Paracetamol (ass.) PO	2	1	1	0	4
Total		35	14	6	3	58

Como já foi descrito anteriormente, é possível identificar que existem 23 utentes com dor. Através da análise da tabela 18 é possível identificar que 65% dos mesmos (15 utentes) não possuía analgesia de libertação prolongada prescrita.

Tabela 19 – Intensidade de Dor e Analgesia (PRN)

		<i>Intensidade</i>				Total
		Sem dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	
Analgesia (PRN)	Sem PRN	10	5	2	1	18
	Metamizol Magnésico PO	3	1	0	1	5
	Morfina SC	0	1	2	1	4
	Paracetamol PO	8	5	1	0	14
	Paracetamol PO + Ibuprofeno PO	1	0	0	0	1
	Paracetamol PO + Metamizol Magnésico PO	10	2	1	0	13
	Paracetamol PO + Morfina SC	2	0	0	0	2
	Tramadol PO	1	0	0	0	1
Total		35	14	6	3	58

Todavia, quando analisamos a relação entre analgesia PRN e a intensidade da dor, os dados são diferentes – apenas 35% dos utentes com dor não possuem analgesia PRN prescrita (8 indivíduos).

Por último, foi feita uma pesquisa em SPSS acerca dos indivíduos sem analgesia de libertação prolongada prescrita, sem PRN e com *score* de dor positivo (diferente de 0). Foram encontrados 6 utentes, representando 10% da amostra. Os diagnósticos dos mesmos consistem em Quadros Demenciais (3), Doença Aterosclerótica Cerebrovascular (DAC) (3) e Insuficiência Cardíaca (1).

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo será realizada a discussão dos resultados obtidos. Inicialmente, dirigida aos quatro objetivos propostos para a presente dissertação, seguindo-se depois a discussão de outros aspetos técnicos relevantes que derivaram da investigação.

Prevalência de dor

Verificou-se que a dor esteve presente em 39,7% dos indivíduos, sendo que a maioria dos utentes com NP em cuidados continuados não têm dor.

Antes de partir para a comparação com dados internacionais, importa referir que a definição de Cuidados Continuados Integrados (CCI) surge para a OCDE, Comissão Europeia e OMS como *Long Term Care* (LTC) - Cuidados de Longa Duração. Esta tipologia de cuidados apresenta amplas diferenças internacionais, fruto das diferentes políticas de saúde e de segurança social de cada país, o que cria dificuldades acrescidas quando se pretendem estabelecer parâmetros de comparabilidade internacional.¹¹⁸

Vários estudos americanos indicam que a dor está presente em 40% - 86% dos doentes com patologias crónicas, progressivas e avançadas, institucionalizados em *nursing homes* (LTC)¹¹⁹⁻¹²¹.

Na Europa, destaque-se um estudo transversal de Achterberg, *et al.* (2010) que comparou a prevalência da dor em estruturas idênticas (LTC) presentes em três países distintos: Itália, Holanda e Finlândia. A prevalência revelada foi de 32% em Itália, 43% na Holanda e 57% na Finlândia¹²². Outro estudo de referência, levado pelo projeto SHELTER (2013), analisou 3926 utentes institucionalizados em LTC em diversos países europeus – Portugal não incluído - identificando um total de 1900 com dor (48.4%)¹²³. O mesmo estudo conclui que a prevalência de dor em estruturas de LTC apresentou grandes variações entre os países analisados.

Assim, é possível concluir que a prevalência identificada nesta investigação foi menor face aos valores reportados pelos estudos americanos e europeus que envolveram estruturas de tipologia semelhante. Todavia, a comparação com resultados nacionais é pouco exequível, na medida em que a investigação feita remete sobretudo para o âmbito da DC (não associada a NP).

Intensidade de dor

A utilização das escalas EN, EAQ e PAINAD-PT permitiu a classificação da dor de acordo com a sua intensidade, sendo que 24,1% da amostra revelou ter dor ligeira, 10,3% dor moderada e 5,1% com dor intensa.

O supracitado estudo de Achterberg, *et al.* (2010) revela que independentemente das diferentes estimativas face à prevalência da dor nos três países estudados – Itália, Holanda e Finlândia – a dor era moderada a intensa em mais de 50% dos casos em todos os países¹²².

Outro estudo do projeto SHELTER (2013), desenhado para identificar abordagens farmacológicas e não farmacológicas para a população idosa em LTC, identificou a presença de dor moderada a intensa de forma recorrente em 14% da amostra (590 em 4156 doentes)¹²⁴.

No Japão, Yamagishi *et al.* (2012) levaram a cabo uma investigação em 859 doentes com cancro avançado e, utilizando o *Brief Pain Inventory*, concluíram que aproximadamente 20% da amostra referiu dor moderada a intensa¹²⁵.

Analisando os resultados obtidos face à intensidade de dor na amostra do nosso estudo, observamos uma prevalência de dor moderada a intensa de 15.4%. Assim, conclui-se que os resultados encontrados foram semelhantes ao estudo europeu do projeto SHELTER, sendo que comparativamente ao estudo de Achterberg (2010) a prevalência de dor moderada a intensa foi significativamente mais baixa.

Destaque-se ainda que os doentes identificados com dor ligeira são sobretudo não comunicantes (13 em 14). Verifica-se a tendência oposta face à dor moderada a intensa, sendo que 6 em 9 utentes tinham capacidade para autoavaliar a sua dor.

Prevalência de dor: utentes comunicantes vs. não comunicantes

Como já referido anteriormente, através da análise da tabela 14 e do gráfico 4, a prevalência de dor em doentes capazes de verbalizar é de 26%, contra 52 % nos doentes sem capacidade para o fazer.

A dificuldade no controlo da dor em não comunicantes é já amplamente referida pela literatura.

Estima-se que em CP cerca de 14% a 29% dos doentes oncológicos tenham incapacidade para comunicar a sua dor (Radbruch *et al.*, 2000). Existe também evidência que a dor é genericamente subavaliada e subtratada nos doentes com demência avançada, sendo o terceiro sintoma mais comum no último ano de vida^{126,127}.

Cipher (2001) e Fries (2001) afirmam mesmo que os utentes com alterações cognitivas são frequentemente subtratados, na medida em que não são capazes de comunicar, de forma eficaz e apropriada, a sua dor aos profissionais^{128,129}. Esta ideia é reiterada por Zwakhalen (2007), que afirma que o tratamento inadequado deste sintoma pode estar associado a uma avaliação não objetiva da dor em pessoas com limitações cognitivas^{130,131}.

Efetivamente, torna-se importante referir que ao longo da colheita de dados foram visitadas três instituições distintas de CCI; apenas numa delas foi constatada a utilização de um instrumento de heteroavaliação da dor para não comunicantes. Verificou-se também que a sua utilização não era feita de forma sistemática e que nem todos os profissionais demonstraram conhecer as indicações para a sua aplicação.

Assim, tal como referido pela literatura, verifica-se que o aumento da prevalência em doentes não comunicantes pode estar associado a uma avaliação desajustada por parte dos profissionais, desprovida da utilização de instrumentos de heteroavaliação adequados à população supracitada e/ou executado de forma não objetiva.

Relação entre a intensidade da dor verificada e diagnóstico

Refletindo sobre os resultados obtidos face ao diagnóstico preditivo de NP, verifica-se que a maioria dos doentes da amostra revelaram ter patologia avançada e incurável de natureza não oncológica. Destacam-se as condições que envolvem alterações ao nível do SNC, sendo que os indivíduos com Doença Aterosclerótica Cerebrovascular, Doenças Neurodegenerativas e Quadros Demenciais representam 72,4% da amostra.

Em 2010 é já referido no Plano Nacional de CP que as doenças neurológicas se encontram frequentemente associada a NP, juntamente com as “doenças oncológicas, a SIDA, algumas doenças cardiovasculares e outras insuficiências terminais de órgãos, rapidamente progressivas”¹³². Diversos autores defendem que apesar de haver algumas diferenças nas manifestações clínicas dos doentes não oncológicos, globalmente o grau de “*distress*” sintomático não é inferior ao dos doentes oncológicos, sendo que podem beneficiar dos programas de CP¹³⁴⁻¹³⁷.

Todavia, verificamos que os utentes da amostra com Neoplasia foram os que apresentaram maior prevalência de dor (71%), sendo que mais de metade (57%) apresentaram dor moderada, no momento da avaliação. Comparativamente, os utentes portadores de doença neurodegenerativa foram os que demonstraram ter menos dor (20%).

Diversos estudos demonstram a elevada prevalência de dor em doentes oncológicos. Colvin e Forbes (2006), bem como Soden (2010) afirmam que 70% dos doentes com cancro avançado sentem dor^{138,139}. Outras investigações apontam para uma variação da prevalência entre os 60% e os 85% na mesma população, confirmando a tendência referida¹⁴⁰⁻¹⁴².

A IASP identificou um conjunto de barreiras que conduzem à dificuldade no tratamento da DCO. Por exemplo, no que diz respeito aos profissionais é apontada a falta de conhecimentos sobre avaliação da dor, associada a uma formação limitada nesta área¹⁴³. A desadequada utilização de opióides, associado a medo dos profissionais de induzir adição ou tolerância aos doentes, é também referida como uma barreira para o adequado controlo algico¹⁴³. Uma revisão sistemática executada

por investigadores holandeses em 2008 identificou que 34% a 86% dos profissionais sobrestimaram a probabilidade de adição ou tolerância face aos opióides e aproximadamente 35% dos médicos afirmou que a morfina tem uma dose-teto¹⁴⁴.

Face às doenças neurodegenerativas, os estudos de prevalência de dor são mais raros quando comparados com os que se referem a doentes oncológicos. Todavia, Borsook (2012) reúne num artigo de revisão os principais dados relativamente à presença de dor nos doentes com este tipo de patologia. É referido que nos doentes com Parkinson a prevalência oscila entre 40% e 60% (Simuni e Sethi, 2008; Ford, 2010). Na esclerose múltipla entre 50 e 86% (O'Connor *et al.*, 2008; Bermejo *et al.*, 2010), 15 a 20% na esclerose lateral amiotrófica (Franca *et al.*, 2007; Castro-Costa *et al.*, 1999) e 8 a 14% nos doentes pós AVC (Kumar *et al.*, 2009)¹⁴⁵.

Os indivíduos com insuficiência de órgão, por outro lado, demonstraram prevalência de dor baixa (22%). Todavia, sempre que presente, foi referida pelos doentes como dor intensa.

Assim, em suma, verifica-se que os doentes com neoplasias são os que sentem mais dor, verificando-se uma prevalência semelhante à encontrada na literatura e confirmando-se a tendência internacional. Por outro lado, os utentes com doença neurodegenerativa / insuficiência de órgão foram os que apresentaram menos dor. Contudo, sempre que presente, os utentes com insuficiência de órgão foram os que revelaram dor de maior intensidade (gráfico 5).

Analgesia – Libertação prolongada, PRN e adjuvantes

Retomando os resultados obtidos no que à analgesia diz respeito, recorde-se que foram encontrados 23 doentes com dor - 65% dos mesmos sem analgesia de longa duração prescrita (15 utentes) e 35% sem prescrição de fármacos PRN (8 utentes). Assim, verifica-se que alguns utentes medicados com analgesia regular não beneficiam de formulações rápidas (PRN) no seu esquema terapêutico.

Um estudo do projeto SHELTER (Lukas, *et al.* 2013) comparou diversas *nursing homes* europeias face ao tratamento farmacológico e não farmacológico da dor. Assim, identificando uma amostra de 1900 utentes que referiram dor, verificaram que 24% dos mesmos não recebeu qualquer analgésico e 11% foi medicado apenas com PRN, independentemente da intensidade da dor verificada. O mesmo estudo demonstrou que doentes oncológicos ou que referiram dor moderada intensa foram positivamente correlacionados com o tratamento farmacológico. Fatores como a baixa disponibilidade dos médicos e a rotatividade dos profissionais foram negativamente correlacionados com o tratamento¹²⁴.

Uma investigação que comparou os resultados europeus com as estruturas de LTC alemãs (Lukas *et al.*, 2015), revelou que mais de 75% dos utentes institucionalizados em *nursing homes* que referiram dor moderada a intensa receberam tratamento farmacológico. Todavia, 1/3 dos doentes alemães e um 1/4 de todos os europeus que referiram dor moderada a intensa não receberam analgesia de forma regular – ou seja, recebendo apenas PRN, quando necessário. Assim, ambos os estudos apontam que o controlo algico nesta população apresenta lacunas e deve ser melhorado, não só através da otimização de esquemas analgésicos combinados de libertação prolongada e PRN, como também através de uma aposta em intervenções não farmacológicas^{124,146}.

Face à utilização de opióides, cingindo os dados aos doentes que manifestaram dor, conclui-se que os opióides foram utilizados em 7 dos 23 utentes (30%) de forma regular e utilizados em 4 dos mesmos em fórmulas de libertação imediata (17%). O Fentanilo TD e a associação Paracetamol+Tramadol foram os analgésicos de libertação prolongada mais comuns. Os analgésicos de libertação imediata com mais prescrições

foram o Paracetamol e o Metamizol, enquanto que a morfina SC foi o opióide PRN mais utilizado.

Destaque-se uma investigação feita em Portugal sobre a utilização de opióides em idosos com DC (n=46), seguidos em cuidados de saúde primários (Amorim, 2014). O investigador aponta o tramadol com ou sem paracetamol como o fármaco mais utilizado (51,3%), a par com o uso de opióides fortes na forma transdérmica (29,5%), o que confirma a tendência da nossa investigação¹⁴⁷.

Importa referir que, em 2008, a DGS afirma que a prescrição de medicamentos opióides em Portugal é das mais baixas da Europa, sendo este o consumo de opióides *per capita* considerado um critério de qualidade dos cuidados de saúde no tratamento da dor¹⁴⁸. Todavia, em 2013, verifica-se que no conjunto de países na Europa do Sul (Espanha, Itália, Eslovénia, Croácia, Bósnia, Servia, Montenegro, Albânia e Portugal), o nosso país ocupa a 2ª posição no consumo de opióides – 241 mg/per capita, em equivalentes de morfina – apenas superado pela Espanha (274mg/per capita), o que pode representar uma evolução positiva face à utilização destes fármacos.

No que diz respeito aos adjuvantes, os relaxantes musculares de ação central (Baclofeno e Tizanidina) e os anticonvulsivantes (Pregabalina, Gabapentina e Clonazepam) constituíram as classes farmacológicas mais prescritas. Considerando que a maioria dos utentes da amostra revelaram patologia afeta ao SNC, o uso destes fármacos poderá ter sido importante no controlo da DNE nos doentes com doença degenerativa, quadros demenciais ou DAC com AVC associado.

Refira-se ainda que 10% da amostra que revelou dor não possuía qualquer analgesia (libertação prolongada ou PRN) prescrita, sendo todos utentes com patologia não-oncológica.

6. LIMITAÇÕES

Inerente a qualquer estudo está, impreterivelmente, o reconhecimento das suas limitações. O número reduzido de indivíduos da amostra – apesar de suficiente para cumprir os requisitos de uma investigação quantitativa - é limitativo, pois impossibilita a extrapolação dos resultados face ao panorama nacional dos utentes institucionalizados na RNCCI. Recorde-se que amostras não-probabilísticas do tipo acidental – como é o caso – são habitualmente não representativas da população em estudo, não permitindo generalizações. Também o facto da avaliação da dor ter sido executada num momento único – e em repouso - representa uma limitação, na medida em que não permite definir autenticamente as características da dor de cada indivíduo observado. Uma observação comparativa em diversos momentos, ao longo do tempo, permitiria aumentar a fiabilidade dos resultados. Outra das limitações prende-se com a distribuição dos utentes no que diz respeito aos diagnósticos. Observa-se que quase metade da amostra diz respeito a doentes com Demência (25), por outro lado, apenas foram encontrados 9 utentes com Neoplasia. Assim, no que diz respeito à comparação da prevalência da dor por diagnóstico, obter-se-iam resultados mais fidedignos se a distribuição da amostra fosse mais equilibrada, ou seja, caracterizada por um número semelhante de indivíduo por grupo de patologia.

Expostas as limitações importa, por fim, apresentar sugestões face a investigações futuras. Sugerem-se a realização de estudos quantitativos no que diz respeito à prevalência e intensidade da dor verificada em doentes com NP institucionalizados em unidades hospitalares, pois permitira a comparação dos resultados com a nossa investigação. Considera-se também pertinente tentar aprofundar as dificuldades encontradas pelos profissionais face à avaliação da dor em não comunicantes, o que pode contribuir para explicar o aumento da prevalência nesta população.

7. CONCLUSÃO

Os estudos sobre a prevalência da dor no nosso país são escassos e correspondem a investigações realizadas no âmbito da DC, não associada a NP. Assim, esta dissertação procurou explorar esta problemática, prespetivando o contributo para um aumento do conhecimento no que diz respeito à dor em doentes com patologias crónicas, progressivas e avançadas, institucionalizados em unidades de cuidados continuados.

Assim, espera-se que a relevância e pertinência da problemática estudada sirvam de ponto de partida para outras investigações, que contribuam para um incremento do conhecimento científico sobre a gestão da dor em doentes com patologias crónicas, progressivas e avançadas.

Considera-se que foram atingidos os objetivos propostos inicialmente para esta dissertação. Neste sentido, espera-se que a mesma represente uma mais-valia para os profissionais que lidam com a problemática da dor e para os que cuidam diariamente de utentes com NP.

BIBLIOGRAFIA

1. International Association for the Study of Pain Task Force on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. 2. ed. 1994. p. 209-214
2. Twycross R. Cuidados Paliativos. Lisboa. Climepsi editores. 2001.p.33-79
3. Pereira J. Gestão da Dor Oncológica. In: Barbosa A, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. 2.ed. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p.69-98
4. Mehta A, Chan LS, Saunders C. Understanding of the Concept of “Total Pain” A Prerequisite for Pain Control. Journal of hospice and palliative nursing. 2008 Jan-Feb; 10 (1):26-32
5. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (Portugal). Circular Normativa 09 2003; p1–4
6. Costa I. Neurofisiologia da Dor. In: Ritto C, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo MB, Pina PR, Milhomens R, Faustino S. Manual de Dor Crónica. Clínica da Dor do Instituto Português de Oncologia. 2012. p.84
7. Diniz L. Dor Crónica. In: Ritto C, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo MB, Pina PR, Milhomens R, Faustino S. Manual de Dor Crónica. Fundação Grunenthal. 2012. p.89-90
8. Herr K. Neuropathic Pain: A Guide to Comprehensive Assessment. Pain Management Nursing. 2004. 5(4): 9-18
9. Bonica JJ. Definitions and Taxonomy of pain. In: The Management of Pain. Vol I. 2nd.ed. Philadelphia. Lea & Febinger. 1990
10. Gonçalves, JF. Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. 2.ed. Lisboa. Coisas de ler. 2011 p.19-20
11. Melzack, R. Wall, PD. The challenge of pain. Nova Iorque. New York: Basic Books. 1982
12. Muriel Villoria C. Dolor Irruptivo: Definición. Características. Perfil del Tratamiento Ideal. In. SEOM. SECPAL. SED. Dolor Irruptivo Documento de Consenso. Madrid. Meditex; 2002 p.27-38
13. Pina PR. A Dor Neuropática. Os Fármacos Adjuvantes. A Dor Irruptiva. In: Ritto C, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo MB, Pina PR, Milhomens R, Faustino S. Manual de Dor Crónica. Fundação Grunenthal. 2012. p.217-231
14. Mercadante S. The use of rapid onset opioids for breakthrough cancer pain: the challenge of its dosing. Crit Rev Oncol Hematol 2011; 80(3):460-65.
15. Porteroy RK, Hagen NA. Breakthrough pain definition, prevalence and characteristics. Pain. 1998; 41: 273-281
16. Mercadante S, Arcuri E. Breakthrough pain in cancer patients: Pathophysiology and treatment. Cancer Treat Rev. 1998; 24(6):425-432
17. Caraceni A, Martini C, Zecca E. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. Palliative Medicine. 2004; 18(3): 177-83.
18. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Oxford Handbook of Palliative Medicine. 2nd.ed. Oxford University Press. 2009. p.226-271
19. International Association for Hospice and Palliative Care. The IAHPC Manual of Palliative Care. 3rd.ed. IAHPC press. 2013. p.38
20. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. Neurology. 2008 Apr 29;70(18):1630–5.

21. Torrance N, Smith BH, Bennet MI. Medication and treatment use in primary care patients with chronic pain of predominantly neuropathic origin. *BMC Family Practice* 2007; 24:481-5
22. Dworkin RH. An overview of Neuropathic pain: Syndromes, Symptoms, Signs and Several Mechanisms. *Clinical J Pain* 2003; 18:343-9
23. Mateos RG. Manual práctico del dolor neuropático. El Servier. 2010.
24. Barón MG. Conceptos de medicina paliativa. Tratamiento de soporte en oncología. Papel del médico de familia en la medicina paliativa oncológica. In: Barón MG. Tratado de Medicina Paliativa. Medica Panamericana. Madrid. 1996. p.1-12.
25. Regan JM, Peng P. Neurophysiology cancer pain. *Cancer Control*. 2000; 7: 111-119.
26. Diniz L. Dor Crónica. In: Ritto C, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo MB, Pina PR, Milhomens R, Faustino S. Manual de Dor Crónica. Fundação Grunenthal. 2012. p.91-92
27. Castillo AG, Barón MG. Introducción al dolor oncológico. In: Dolor y Cancer. Hacia una oncología sin dolor. Medica Panamericana. Madrid. 2003 p.1-5
28. Capitan EM, Amusco AD, Etxburu JA. Tratamiento etiológico o causal del dolor oncológico. In: Ortiz SJ. El control del sufrimiento evitable. Terapia analgésica. You&Us. Madrid. 2001 33-50
29. Nicholson B. Differential diagnosis: nociceptive and neuropathic pain. *Am J Manag Care* 2006; 12: S256-S262
30. Dworkin RH, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Pharmacology management of neuropathic pain: Evidence-based recommendations. *Pain* 2007; 132: p.237-251
31. Neto IG. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: Barbosa A, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. 2.ed. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p.9
32. Chochinov HM. Dignity-conserving care - a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 2002;287(17):2253-60.
33. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (Portugal). Circular Normativa nº 14/DGCG. 2004.
34. Julião M. Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado [tese de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde]. Faculdade de Medicina da universidade de Lisboa; 2014 [acesso em 26 Fev 2015]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11700/1/ulsd068781_td_Miguel_Juliao.pdf
35. Duggleby, W. Enduring suffering: A grounded theory analysis of the pain experience of elderly hospice patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 2000; 27 : 825–830.
36. Bernardo A, Leal F, Barbosa A. Ansiedade. In: Barbosa A, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. 2.ed. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p.305
37. Castro M, Kraychete D, Daltro C, Lopes J, Menezes R, Oliveira I. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 2009; 67(4): 982-5.
38. Pimenta CA, Koizumi M, Teixeira M. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 2000; 34(1): 76-83
39. Laird B, Boyd A, Colvin L, Fallon M. Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psycho-Oncology* 2009; 18 : 459-464.

40. Poole H, White S, Blake C, Murphy P, Bramwell R. Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement. *Pain pract.* 2009; 9: 173-180.
41. Seow H, Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Dudgeon D, Atzema C, et al. Trajectory of Performance Status and Symptom Scores for Patients With Cancer During the Last Six Months of Life. *Journal Clin Oncol* 2011;29(9):1151–8.
42. Nauck F, Klaschik E, Ostgathe C. Symptom control during the last three days of life. *European Journal of Palliative Care* 2000;7(3):81–4.
43. Costa CA, Santos C, Alves P, Costa A. Dor Oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia* Novembro/Dezembro 2007;13(6):855–67.
44. Ritto C, Rocha FD. Avaliação da Dor. In: Ritto C, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo MB, Pina PR, Milhomens R, Faustino S. *Manual de Dor Crónica*. Fundação Grunenthal. 2012. p.103-120
45. Scopel E, Alencar M, Cruz R. Medidas de avaliação da dor [on line]. <http://www.efdeportes.com/> Febrero 2007. 11(115). [acesso em 11 Mar 2015]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>
46. Ordem dos Enfermeiros. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. 2008. Edição Ordem dos Enfermeiros
47. Batalha L, Duarte C, Rosário R, Costa M, Pereira V, Morgado T. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência* Dez 2012; 3(8):7-16
48. Rodrigues A. Avaliação da dor ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar [tese de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2013 [acesso em 9 Abril 2015]. Disponível em: <http://esenfc.pt/?url=gKVmPO>
49. Iersel T, Timmerman D, Mullie A. Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. *International Journal of Palliative Nursing* 2006; 12(2): 54-59.
50. Chatelle C, et al. Pain assessment in non-communicative patients. *Revue Médicale de Liège* 2008; 63 (5-6): 429-437.
51. Bjoro K, Bergen K, Herr K. Tools for pain assessment in older adults with end-stage dementia. *AAHPM Bulletin* 2008; 9 (3): 2-4.
52. World Health Organization. *Cancer Pain Relief*. 2nd.ed. 1996. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 1996
53. Kumar M, Lin S. Hydromorphone in the management of cancer-related pain: an update on routes of administration and dosage forms. *J Pharm Pharmaceutic Sci* 2007; 10(4): 504-18
54. Bruera E, Palmer J, Bosnjak S, et al. Methadone versus Morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: a randomized, double-blind study. *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22: 186-92
55. Pina PR. Tratamento Farmacológico da Dor Crónica. Fármacos não Opióides. Analgésicos Opióides (em Doses Fracas). In: Ritto C, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo MB, Pina PR, Milhomens R, Faustino S. *Manual de Dor Crónica*. Fundação Grunenthal. 2012. p.130-131
56. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (Portugal). Norma 013/2011 de 27/06/2011: Anti-inflamatórios não esteroides sistémicos em adultos. Departamento da qualidade e da saúde. Lisboa.2011
57. INFARMED. *Prontuário Terapêutico* [Web Page]. INFARMED – autoridade nacional do medicamento e produtos de saúde; 2012 [updated 2012; cited 2015 25 April]; Available:

<https://www.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=morfina&x=0&y=0&rb1=0>

58. Dayer P, Desmeules J, Collart L. Pharmacology of Tramadol. *Drugs* 1997; 53(2):18-24
59. Pina PR. Os Analgésicos Opióides (doses fortes). Os efeitos adversos dos opióides. In: Ritto C, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo MB, Pina PR, Milhomens R, Faustino S. Manual de Dor Crónica. Fundação Grunenthal. 2012. p.167-203
60. Murray A, Hagen NA. Hydromorphone. *J Pain Symptom Management* 2005; 29(5):S57-S66
61. Boehme K, Likar R. Efficacy and tolerability of a new opioid analgesic formulation, buprenorphine transdermal therapeutic system (TDS), in the treatment of patients with chronic pain. A randomized, double-blind, placebo controlled study. *Pain Clinic* 2003; 15:193-202
62. Palangio M, Northfelt DW, Portenoy RK, Brookoof D, Doyle RT, Dornseif BE, Damask MC. Dose conversion and titration with a novel, once daily, OROS osmotic technology, extended-released hydromorphone formulation in the treatment of chronic malignant or nonmalignant disease. *J Pain Symptom Management* 2002; 23:355-68
63. Angst MS, Drover DR, Lotsch et al. Pharmacodynamics of orally administered sustained – release hydromorphone in humans. *Anesthesiology* 2001; 94:63-73
64. Davis MP, Varga J, Dickerson D, et al. Normal-released and control-released oxycodone: pharmacokinetics , pharmacodynamics, and controversy. *Supportive Care in Cancer* 2003; 11(2): 84-92
65. Kongsgard UE, Poulain P. Transdermal fentanyl for pain control in adults with chronic cancer pain. *Eur J Pain* 1998; 2: 53-62
66. Muijers RBR, Wagstaff AJ. Transdermal Fentanyl. An updated review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in chronic cancer pain control. *Drugs* 2001; 61: 2289-307
67. Broome IJ, Wright BM, Bower S, Reilly CS. Postoperative analgesia with transdermal fentanyl following lower abdominal surgery. *Anaesthesia* 1995; 50 300-3.
68. Duthie DJ, Rowbotham DJ, Wyld R, Henderson PD, Nimmo WS. Plasma fentanyl concentrations during transdermal delivery of fentanyl to surgical patients. *Br J Anaesthesia* 1988; 60:614-8
69. Tzschentke TM, Crhistoph T, Kogel B, el al. (-)-(1R,2R)-3-(3-dimethylamino-1-ethyl-2-methyl-propyl)-phenol hydrochloride (tapentadol HCl): a novel mu-opioid receptor agonist/norepinephrine reuptake inhibitor with broad-spectrum analgesic properties. *J Pharmacol Exp Ther* 2007; 323(1): 265-76
70. Hartrick CT, Rozek RJ. Tapentadol in Pain Management. A μ -opioid receptor agonist and noradrenaline reuptake inhibitor. *CNS Drugs* 2011; 25(5): 359-70
71. Haroutiunian S, McNicol ED, Lipman AG. Methadone for chronic non-cancer pain in adults (Review). *The Cochrane Library* 2012; 11
72. Garrido MJ, Troconiz IF. Methadone: a review of its pharmacokinetic/pharmacodynamic properties. *J Pahrmacol Toxicol* 1999;42: 61-66.
73. Pergolizzi JV, Raffa RB. The WHO Pain Ladder : Do We Need Another Step ?. *Practical Pain Management* 2014;14:1–16.
74. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid?. *Can Fam Physician* 2010;56: 514–7.

75. Eisenberg B, Marinangeli F, Birkhahn J, Paladini A, Varassi G. Time to Modify the WHO analgesi Ladder?. *Pain* 2005; XIII(5):1-4
76. Sindrup SH, Otto M, Finnerup NB, Jensen TS. Antidepressants in the treatment of neuropathic pain. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2005; 96:399-409
77. Max MB, Lynch SA, Muir J, Shoaf SE, Smoeller B, Dubner R. Effects of desipramine, amitriptyline, and fluoxetine on pain in diabetic neuropathy. *N Engl J Med* 1992; 326:1250-6
78. Goldstein DJ, Lu Y, Detke MJ, Lee TC, Iyengar S. Duloxetine vs placebo in patients with painful diabetic neuropathy. *Pain* 2005; 116: 109-18
79. Sindrup SH, Bach FW, Madsen C, Gram LF, Jensen TS. Venlafaxine versus imipramine in painful polyneuropathy: a randomized, controlled trial. *Neurology* 2003;60:1284-9
80. Taylor CP. The biology and pharmacology of calcium channel α_2 -d proteins. *CNS Drug Rev* 2004; 10:183-8
81. Watanabe S, Bruera E. Corticosteroids as adjuvant analgesics. *J Pain Symptom Manage* 1991; 9(7): 442-5
82. Vyvey M. Steroids as pain relief adjuvants. *Can Fam Physic* 2010; 56:1295-7
83. Walsh TD, Caraceni AT, Fainsinger R, Foley KM, Glare P, Goh C, et al. *Palliative medicine*. New York, NY. Saunders. 2009
84. Sturdza A, Millar BA, Bana N, Laperriere N, Pond G, Wong RK, et al. The use and toxicity of steroids in the management of patients with brain metastases. *Support Care Cancer* 2008; 16(9):1041-8
85. Gannon C, McNamara P. A retrospective observation of corticosteroid use at the end of life in a hospice. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(3): 328-34
86. Berry H, Hutchinson DR. A multicenter placebo-controlled study in general practice to evaluate the efficacy and safety in acute low-back pain. *J Int Med Res* 1988; 16(2): 75-82
87. Harris J-D. Management of expected and unexpected opioid-related side effects. *Clin J Pain* 2008; 24:S8-13
88. Dunlop GM. A study of the relative frequency and importance of gastrointestinal symptoms and weakness in patients with far advanced cancer. *Palliative Med* 1989; 4:37-43
89. Moore RA, McQuay HJ. Prevalence of opioid adverse events in chronic non-malignant pain: systematic review of randomized trials of oral opioids. *Arthritis Res Ther* 2005;7:R1046-51
90. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H, et al. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an-evidence based report. *J Clin Oncol* 2001; 19:2542-54
91. Chou R, Clark E, Helfand M. Comparative efficacy and safety of long-acting oral opioids for chronic non-cancer pain: A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26:1026-48
92. Villars P, Dodd M, West C, et al. Differences in the prevalence and severity of side effects based on type analgesic prescription in patients with chronic cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33:67-77
93. McNicol E, Horowicz-Mehler N, Fisk RA, Bennet K, Gialeli-Goudas M, Chew PW, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: a systematic review. *J Pain* 2003;4:231-56

94. Sussman G, Shurman J, Creed MR, Larsen LS, Ferrer-Brechner T, Noll D, et al. Intravenous ondansetron for the control of opioid-induced nausea and vomiting. International S3AA1013 Study Group. *Clin Ther* 1999;21:1216-27
95. Flake ZA, Scalley RG, Bailey AG. Practical selection of antiemetics. *Am Fam Physician* 2004; 69:1169-74
96. Di Fazano CS, Vergne P, Grilo RM, et al. Preventive therapy for nausea and vomiting in patients on opioid therapy for non-malignant pain in rheumatology. *Therapie* 2002; 57:446-9
97. Herndon CM, Jackson KC II, Hallin PA. Management of opioid-induced gastrointestinal effects in patients receiving palliative care. *Pharmacotherapy* 2002;2:240-50
98. Swegle JM, Logemann C. Management of Common Opioid-Induced Adverse Effects. *Am Fam Physician* 2006;74(8):1347-54
99. Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, et al. Chronic Pain in Canada: prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag* 2002;7:179-84
100. Kurz A, Sessler DI. Opioid-induced bowel dysfunction: pathophysiology and potential new therapies. *Drugs* 2003;63:649-71
101. Papagallo M. Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction. *Am J Surg* 2001;182(5A suppl.):11S-8S
102. Canty SL. Constipation as a side effect of opioids. *Oncol Nurs Forum* 1994;21:739-45
103. American Pain Society. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 5.ed. Glenview, Ill. American Pain Society. 2003
104. Christo PJ. Opioid effectiveness and side effects in chronic pain. *Anesthesiol Clin North Am* 2003;21:699-713
105. Cherny N. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin* 2000;50:70-116
106. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2:CD004770
107. Ministério do Trabalho, Ministério da Solidariedade Social e da Saúde (Portugal). Decreto de Lei nº 101/2006
108. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Washington: Rand Health. 2003.
109. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (Portugal). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2005
110. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (Portugal). Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD. Programa Nacional de Controlo da Dor. 2008
111. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (Portugal). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. 2013
112. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain*. 2012;13(8):773-783
113. Vilelas J. Investigação – o Processo de Construção do Conhecimento. Edições Sílabo. Lisboa. 2009. 100-245.
114. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, Abernethy A, Rondelli R, Savorani G, et al. The “surprise” question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. *Palliat Med* 2014; 28(7):959–64.

115. Sclan SG, Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity, and Ordinality. *International Psychogeriatrics* 1992; 4: 55-69
116. INFARMED. Prontuário Terapêutico. [Página Web] Lisboa: 2012 [updated 2013; cited 2015 12 November]. Available from: <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>
117. Ministério da Saúde (Portugal). Decreto de Lei nº 136/2015
118. Lopes M, Mendes F, Escoval A, et al. Plano Nacional De Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados Em Portugal Analisando o presente, prespetivando o futuro. 2010
119. Fox PL, Raina P, Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *CMAJ*. 1999; 160 (3); 329-333
120. Teno JM, Weitzen S, Wetle T, Mor V. Persistent pain in nursing home residents. *JAMA* 2001; 285 (16): 2081
121. Ersek M, Carpenter JG. Geriatric palliative care in long-term care settings with a focus on nursing homes. *J Palliat Med* 2013;16(10):1180–7.
122. Achterberg W, Gambassi G, Finne-Soyer H, et al. Pain in European long-term care facilities: Cross-national study in Finland, Italy and the Netherlands. *PAIN* 2010; 148:74-75
123. Lukas A, Mayer B, Flalova D, Topinkova E, et al. Pain Characteristics and Pain Control in European Nursing Homes: Cross-sectional and Longitudinal Results From the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) Study. *JAMDA* 2013; 14(6):421-428
124. Lukas A, Mayer B, Flalova D, Topinkova E, et al. Treatment of Pain in European Nursing Homes: Results from the Services and Health for Elderly in Long TERM Care (SHELTER) Study. *JAMDA* 2013; 14(11): 821-831
125. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N, Shirahige Y, Eguchi K. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *J Pain Symp Man* 2012; 43(3):503-14
126. McCarthy M, Addington-Hall J, Altmann D. the Experience of Dying With Dementia: a Retrospective Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(3):404–9
127. Olson, E. Dementia and neurodegenerative diseases. In Morrison, RS, Meier, DE, Capello, C. *Geriatric Palliative Care*. New York: Oxford University Press; 2003.p 160-172
128. Cipher D, Clifford P, Roper K. Behavioral manifestations of pain in demented elderly. *J Am Med Dir Assoc*. 2001;7(6):355–365.
129. Fries BE, Simon SE, Norris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the minimum data set. *Gerontologist*. 2001;41(2):173
130. Zwakhalen S, Hamers J, Berger M. Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 58(5) : 493–502
131. Zwakhalen S, Van Dongen K, Hamers J, Abu-Saad H. Pain assessment in intellectually disabled people: non-verbal indicators. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45(3): 236–245
132. Ministério da Saúde, Direção geral da Saúde (Portugal). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2010. p.19
133. Ministério da saúde, Direção Geral da Saúde (Portugal). Portugal idade maior em números – 2014 A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade – Mortalidade. 2014. p.26
134. Addington-Hall J, Fakhoury W, McCarthy M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliat Med* 1998;12:417-27.

135. Kurti LG, O'Dowd TC. Dying of nonmalignant diseases in General Practice. *J Palliat Care* 1995; 11: 25-31
136. Navarro Sanz R, Almazán CL. Aproximación a los Cuidados Paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas. *An Med Interna*, 2008;25 (4): 187-191
137. Rummans TA, Bostwick M, Clark MM. Maintaining quality of life at the end of life. *Mayo Clin Proc* 2000;75:1305-1310
138. Colvin L, Forbes K, Fallon M. Difficult pain. *BMJ* 2006;vv332(7549):1081-3
139. Soden K, Ali S, Alloway L, Barclay D, Perkins P, Barker S. How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study. *Palliative Medicine* 2010; 24(3):294-298.
140. Grond S, Zech D, Diefenbach C. Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2226 cancer patients referred to pain service. *Pain* 1996; 64:107-114
141. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain* 2001; 93(3):247-57.
142. Nayak MG, George A, Vidyasagar M, et al. Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management. *Indian Journal of Palliative Care* 2015;21(3):349-354.
143. Reis-Pina P, Lawlor PG, Barbosa A. Cancer-related pain and the optimal use of opioids. *Acta Med Port* 2015;28(3):376-81.
144. Oldenmenger WH, Sillevs Smitt P, Van Dooren S, Stoter G, Van der Rijt C. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal. *Eur J Cancer* 2009;45(8):1370–80.
145. Borsook D. Neurological diseases and pain. *Brain* 2012;135(2):320–44.
146. Lukas A, Mayer B, Onder G, Bernabei R, Denkinger MD. Pain therapy in German long-term care facilities in a European comparison. Results of the SHELTER study. *Schmerz*. 2015 Aug;29(4):411-21
147. Amorim, D. Prescrição de opióides a adultos idosos com dor persistente não oncológica, nos cuidados primários de saúde. Dissertação de mestrado em Geriatria. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. 2014
148. Ministério da saúde, Direção Geral de Saúde (Portugal). Circular Informativa Nº 09/DSCS/DPCD/DSQC de 24/03/2008. 2008
149. Sarmiento VP, Higginson IJ, Ferreira PL, Gomes B. Past trends and projections of hospital deaths to inform the integration of palliative care in one of the most ageing countries in the world. *Palliat Med* 2015 Jul 10
150. Saunders C, Sykes N. *The Management of Terminal Malignant Disease*. London, Great Britain: Hodder and Stoughton; 1993

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CHLN/FMUL/IMM)



CENTRO ACADÉMICO
DE MEDICINA DE LISBOA

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE 172



SANTAMARIA



HOSPITAL
DE SANTA MARIA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA



INSTITUTO
DE MEDICINA
MOLECULAR

Presidente

Prof. Doutor José Pereira Miguel

Vice-Presidente

Prof.^a Doutora Maria Luisa Figueira

Membros

Dra. Ana Luisa Figueiras

Prof. Doutor José Luis Garcia

Padre Fernando Sampaio

Prof.^a Doutora Mafalda Videira

Enf.^a Maria da Graça Roldão

Dr. Mário Miguel Rosa

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda

Prof. Doutor João Lealinho

Prof.^a Doutora Maria Do Céu Rueff

Prof. Doutor Alexandre Mendonça

Prof. Doutor José Luis Ducla Soares

Exmo. Senhor

Enf. Tiago Miguel Domingos Beato

Rua D. Pedro V, N° 45 - 3° Esq.

2690-178 LISBOA

Lisboa, 3 de Julho de 2015

Nossa Ref.^a N° 262/15

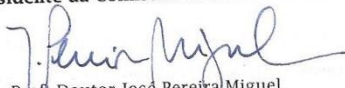
Assunto: Projecto de Investigação "A dor em Cuidados Continuados - o caso dos utentes institucionalizados com necessidades paliativas"

Relator - Enf.^a Graça Roldão

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 24 de Junho de 2015, parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CAML


Prof. Doutor José Pereira Miguel

COMISSÃO DE

ÉTICA DO CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA (CHLN/FMUL/IMM)

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2

ANEXO II – Autorização para recolha de dados do Diretor Clínico da Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto

Paciente em continuidade (Nêdo o o p), Cascais, 2015.

Exmo. Sr. Administrador Delegado e Diretor Clínico da Unidade de Saúde Maria José

Nogueira Pinto
Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto
Rua Chesol, nº25
Sr. Dr. Castro Ferreira
Medicina, 2750-024 Cascais
Contribuinte: 500 745 471

Assunto: Autorização para recolha de dados aos utentes da USMJNP

Eu, Tiago Miguel Domingos Beato, enfermeiro da Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto (USMJNP) e mestrando do 11º curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, venho por este meio solicitar autorização para a recolha de dados na USMJNP, no âmbito da tese de mestrado "A Dor em Cuidados Continuados: o caso dos doentes institucionalizados com necessidades paliativas".

A investigação tem como objetivos:

- Identificar qual a prevalência da dor, em utentes institucionalizados em unidades de cuidados continuados nas suas diferentes tipologias, através da aplicação de escalas comportamentais e/ou de autoavaliação.
- Verificar se existe relação entre a intensidade da dor verificada e o diagnóstico dos utentes institucionalizados, portadores de doença crónica e avançada.

Trata-se de um estudo de metodologia quantitativa, tipo descritivo e correlacional.

A população alvo do estudo (utentes) é definida mediante os critérios de inclusão:

- Institucionalização em Unidade de Cuidados Continuados, em regime de internamento
- Presença de doença crónica, avançada e/ou progressiva (indicador de necessidades paliativas)

É do desejo do investigador que a amostra seja selecionada e observada na Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto. Considerando a natureza quantitativa da investigação, pretende-se alcançar um tamanho de amostra mínimo de 30 utentes.

A recolha dos dados será feita mediante um instrumento individual, para cada utente, que contemple informação sobre o diagnóstico e/ou motivo de internamento, medicação analgésica prescrita e intensidade da dor verificada.

Todos os dados e informações que estiverem disponíveis para serem cedidos ao estudo e que sejam recolhidos serão tratados de forma confidencial e conservados num local seguro à responsabilidade do investigador. Após a finalização do estudo todas as informações serão destruídas. As identidades nunca serão reveladas ou reconhecidas, a não ser pelo próprio investigador.

Anexo o projeto de Dissertação e o respetivo instrumento de colheita de dados, para eventual apreciação.

Despeço-me com os melhores cumprimentos, agradecendo desde já a atenção dispensada.

Cascais, 6 de Janeiro de 2015

O investigador,

tiago Miguel Domingos Beato

(Tiago Miguel Domingos Beato)

E-mail: tiagomiguelbeato@gmail.com

Contacto: 963580611

Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto
Rua Chesol, nº25
Aldeia do Juso, 2750-024 Cascais
Contribuinte: 500 745 471

ANEXO III – Autorização para recolha de dados da Diretora Técnica da UCCI Unidade de Saúde da ABEI (Associação para o Bem Estar Infantil)

que contemple informação sobre o diagnóstico e/ou motivo de internamento, medicação analgésica prescrita e intensidade da dor verificada.

Todos os dados e informações que estiverem disponíveis para serem cedidos ao estudo e que sejam recolhidos serão tratados de forma confidencial e conservados num local seguro à responsabilidade do investigador. Após a finalização do estudo todas as informações serão destruídas. As identidades nunca serão reveladas ou reconhecidas, a não ser pelo próprio investigador.

Anexo o projeto de Dissertação e o respetivo instrumento de colheita de dados, para eventual apreciação.

Despeço-me com os melhores cumprimentos, agradecendo desde já a atenção dispensada.

Lisboa, 7 de Setembro de 2015

O investigador,

Tiago Miguel Domingos Beato

(Tiago Miguel Domingos Beato)

E-mail: tiagomiguelbeato@gmail.com

Contacto: 963580611

O Sr. enfermeiro Tiago Beato está autorizado a aplicar o estudo mencionado na Unidade de Saúde da ABEI.



ANEXO IV – Autorização para recolha de dados do Diretor Técnico da UCCI Sagrada Família

A recolha dos dados será feita mediante um instrumento individual, para cada utente, que contemple informação sobre o diagnóstico e/ou motivo de internamento, medicação analgésica prescrita e intensidade da dor verificada.

Todos os dados e informações que estiverem disponíveis para serem cedidos ao estudo e que sejam recolhidos serão tratados de forma confidencial e conservados num local seguro à responsabilidade do investigador. Após a finalização do estudo todas as informações serão destruídas. As identidades nunca serão reveladas ou reconhecidas, a não ser pelo próprio investigador.

Anexo o projeto de Dissertação e o respetivo instrumento de colheita de dados, para eventual apreciação.

Despeço-me com os melhores cumprimentos, agradecendo desde já a atenção dispensada.

Lisboa, 23 de Setembro de 2015

O investigador,

Tiago Miguel Domingos Beato

(Tiago Miguel Domingos Beato)

E-mail: tiagomiguelbeato@gmail.com

Contacto: 963580611



ANEXO V – Taxonomia da Dor (IASP - International Association for the Study of Pain)

Definition of pain terms	
Allodynia	Pain caused by a stimulus which does not normally provoke pain
Analgesia	Absence of pain in response to stimulation which would normally be painful
Causalgia	A syndrome of sustained burning pain, allodynia and hyperpathia after a traumatic nerve lesion, often combined with vasomotor dysfunction and later trophic changes
Central Pain	Pain associated with a lesion in the central nervous system (brain and spinal cord)
Dysaesthesia	An unpleasant abnormal sensation which can be either spontaneous or provoked
Hyperaesthesia	An increased sensitivity to stimulation
Hyperalgesia	An increased response to a stimulus that is normally painful
Hyperpathia	A painful syndrome characterized by an increased reaction to a stimulus, especially a repetitive stimulus, and an increased threshold
Neuralgia	Pain in the distribution of a nerve
Neuropathy	A disturbance of function or pathological change in a nerve
Neuropathic pain	Pain which is transmitted by a damaged nervous system, and which is usually only partially opioid-sensitive
Nociceptor	A receptor preferentially sensitive to a noxious stimulus or to a stimulus which would become noxious if prolonged
Nociceptive pain	Pain which is transmitted by an undamaged nervous system and is usually opioid-responsive
Pain	An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage
Pain threshold	The least experience of pain which a subject can recognize
Pain tolerance level	The greatest level of pain which a subject is prepared to tolerate

Mersky H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. 1994. 2nd ed. Seattle. ASP press

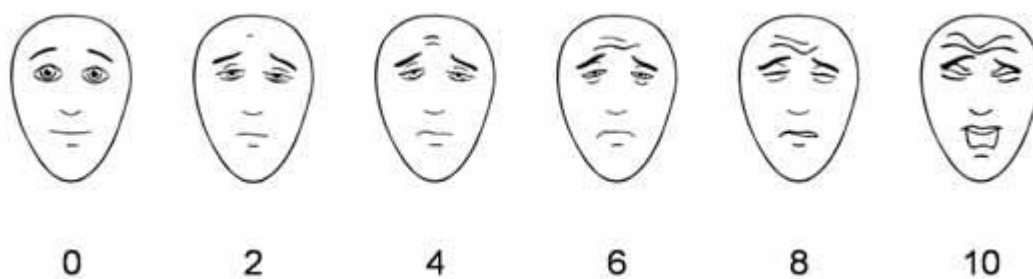
ANEXO VI – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Nome do Utente: _____		
Data: _____		
Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento		
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem nausea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior nausea possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pereira J. Gestão da Dor Oncológica. In: Barbosa A, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. 2.ed. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p.110

ANEXO VII - Escala de Faces Revista (FPS-R)

FPS-R – Faces Pain Scale Revised



Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (Portugal). Orientações Técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 2010

Ordem dos Enfermeiros. Dor – Guia Orientador de Boa Prática. 2008. Edição Ordem dos Enfermeiros

ANEXO VIII – Escala DOLOPLUS

ESCALA DOLOPLUS AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA									
APELIDO: NOME PRÓPRIO: SERVIÇO:								DATAS <div></div>	
								Observação Comportamental	
REPERCUSSÃO SOMÁTICA									
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0				
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1				
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2				
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3				
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0				
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1				
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2				
	. posição antálgica permanente ineficaz	3	3	3	3				
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0				
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1				
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2				
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3				
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0				
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1				
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2				
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3				
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0				
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1				
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2				
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3				
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA									
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0				
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1				
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2				
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3				
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0				
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1				
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2				
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3				
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL									
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0				
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1				
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2				
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3				
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0	0	0	0				
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1				
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2				
	. recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3				
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0				
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1				
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2				
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3				
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos – Fevereiro 2006 – Hirondina Guarda								PONTUAÇÃO <div></div>	

ANEXO IX – *Abbey* Pain Scale

ABBEY PAIN SCALE - VERSÃO PORTUGUESA

Para avaliar a dor da pessoa incapaz de comunicar

Data ___/___/___ e hora ___h ___' da avaliação

Q1.	Vocalização p. ex. geme, chora, choraminga <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q1	
Q2.	Expressão facial p. ex. apresenta expressão tensa, franze a testa, faz esgares, parece assustado/a <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q2	
Q3.	Alteração da linguagem corporal p. ex. agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q3	
Q4.	Alteração comportamental p. ex. mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q4	
Q5.	Alteração fisiológica p. ex. temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q5	
Q6.	Alterações físicas p. ex. lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contracturas, lesões anteriores <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q6	
Some as pontuações das Questões 1 a 6 e registe aqui		VALOR TOTAL DE DOR	

Agora assinale a casa correspondente à Pontuação Total relativa à Dor

0 - 2 Sem dor	3 - 7 Ligeira	8 - 13 Moderada	> 14 Severa
-------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------

Assinale a casa que corresponde ao tipo de dor →

Crónica	Aguda	Dor Crónica e Aguda
---------	-------	---------------------

ANEXO X – Instrumento de Colheita de Dados

Instrumento de colheita de Dados (1/2)

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Utente nº / USMJNP (numero / instituição de acolhimento)

Género ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: _____

☐ Longa Duração e Manutenção

☐ Cuidados Paliativos

DIAGNÓSTICO E/OU PATOLOGIAS ASSOCIADAS (INDICADOR DE NECESSIDADES PALIATIVAS)

☐ Causa Maligna : _____

☐ Causa Não Maligna :

☐ Demência

Estádio FAST :

☐ Outra _____

ANALGESIA PRESCRITA (INCLUIR ADJUVANTES):

Fármaco	Frequência	SOS

INTENSIDADE DA DOR VERIFICADA

Data	Hora	Score

Instrumento de colheita de Dados (2/2)

Functional Assessment Staging Test – FAST (adaptado)¹

Estadio	Características
6A	Dificuldade em vestir-se adequadamente
6B	Incapacidade de banhar-se adequadamente (dificuldade em ajustar temperatura da água)
6C	Incapacidade de usar o WC (não se limpa adequadamente, esquece-se do autoclismo)
6D	Incontinência urinária
6E	Incontinência fecal
7A	Capacidade de falar limitada a meia dúzia de palavras ou menos, no curso médio de um dia
7B	Capacidade de falar limitada a uma única palavra inteligível no curso médio de um dia
7C	Capacidade de deambulação perdida
7D	Perda da capacidade de se sentar sem assistência
7E	Perda da capacidade de sorrir
7F	Perda da capacidade de levantar a cabeça
7G	Postura fletida

Escala Numérica/Qualitativa²

Sem dor	Dor Ligeira		Dor Moderada			Dor Intensa			Dor Máxima	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Assessment in Advanced Dementia - PAINAD-PT³

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação.	2
	Respiração <i>Cheyne-Stokes</i>	
Vocalização negativa	Nenhuma	0
	Queixume ou gemido ocasional	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação	
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro	2
Expressão Facial	Sorridente ou inexpressiva	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas	1
	Esgar facial	2
Linguagem Corporal	Relaxada	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar	2

¹ Sclan S G; Reisberg B; Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity, and Ordinality. International Psychogeriatrics 1992, 4, p 55-69

² Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (Portugal). Circular Normativa 09 2003; p 1–4

³ Batalha L, Isabel C, Duarte A, Jorge V, Pereira R. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. Revista de Enfermagem Referência III nº 8 2012;7–16

